

Année 1904

THÈSE

N°

264

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Mars 1904, à 1 heure

PAR

Émile COUDERT

INTERNE DES HOPITAUX

ET DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL TENON

LES GROSSESSES

COMPLIQUÉES DE

TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

PRÉSIDENT : M. BUDIN, Professeur.

MM. DE LAPERSONNE, Professeur.

JUGES

BONNAIRE,

AUVRAY,

Agrégés.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12

(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrévés en exercice

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGREY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André.)	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT : M. le Docteur SIREDEY (1896-1897), Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le Professeur agrégé FERNET (1897-1898),
Médecin de l'hôpital Beaujon.

INTERNAT PROVISOIRE : M. le Docteur LESAGE (1898-1899),
Médecin de l'hôpital Hérold.

INTERNAT : M. le Professeur agrégé LEJARS (1899-1900 et
1901-1902), Chirurgien de l'hôpital Tenon.

M. le Docteur BOISSARD (1900-1901), Accoucheur
de l'hôpital Tenon.

M. le Docteur A. SIREDEY (1902-1903), Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

*En témoignage de profonde reconnaissance
et de respectueux attachement.*

A MM. les Docteurs MORESTIN, LAUNAY, SOULIGOUX,
Chirurgiens des Hôpitaux.

A M. le Docteur BRINDEAU, Accoucheur des Hôpitaux.

Hommage respectueux.

A la mémoire de MM. DELPEUCH et BOUGLÉ

INTRODUCTION

En considérant le nombre et l'importance des travaux sur les tumeurs utéro-annexielles susceptibles de devenir causes de dystocie, il semblerait qu'il fût difficile de trouver en cette matière un point qui ait échappé à l'observation et de faire œuvre nouvelle. Pour ce qui est, en particulier, des tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec la grossesse et avec l'accouchement, l'étude en a été faite dans des thèses, mémoires et articles qui ont mis la question au point, d'une façon à peu près définitive. Cependant, on a dû remarquer, que dans l'étude des tumeurs ovariennes compliquant la grossesse, on a presque toujours envisagé les tumeurs liquides sans parler jamais ou presque jamais des tumeurs solides : sur ce dernier point, les auteurs classiques sont muets ou à peu près.

La raison de ce silence réside dans ce fait que, comparativement aux tumeurs liquides, les tumeurs solides de l'ovaire sont rares : en effet, si l'on considère en bloc toutes les tumeurs de l'ovaire, il n'y en aurait pas plus de 1, 5 p. 100 qui seraient solides, d'après Léopold ; 3. p. 100, d'après J. Greig. Smith. Mais, si cette variété de tumeurs est rare par elle-même, sa coexistence avec la grossesse doit être exceptionnelle, et c'est justement le petit nombre de cas observés qui explique pourquoi on n'a jamais abordé l'étude des tumeurs solides de l'ovaire en tant que complications de la grossesse.

L'histoire des tumeurs solides ovariennes est d'ailleurs de date relativement récente et les premiers travaux importants

sur la question, de Léopold et de Ziembicki datent de 1874 et 1875. Depuis, les différentes variétés histologiques de ces tumeurs ont fait l'objet de quelques thèses : Castelnau (1890), Bourgoïn (1894), Lallemand (1896), Testé (1900) étudient les fibromes de l'ovaire ; E. Dubois (1898) et Ladouce (1890) s'occupent au contraire du sarcome. Enfin, dans des travaux d'ensemble portant sur les tumeurs solides en général, Larnaudie (1891), Lambilliotte (1894), Picqué (1896), Dartigues (1899), Gascheau (1903), envisagent surtout le côté clinique, tandis que Cornil (1893) étudie exclusivement l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

Tous ces auteurs ont étudié les tumeurs solides de l'ovaire en se plaçant à un point de vue général, mais ils ont laissé dans l'ombre d'une façon complète le côté obstétrical de la question. C'est pourquoi, ayant eu l'occasion de voir dans le service de notre maître, M. le Dr Boissard, deux femmes enceintes atteintes de tumeurs solides de l'ovaire, il nous a paru intéressant et utile de rechercher dans quelle mesure ces tumeurs pouvaient par leur simple présence, leur volume, leur situation et leur nature déterminer des accidents et nuire au développement normal de l'œuf : nous avons été ensuite amené à étudier les difficultés qu'elles opposent à l'accouchement. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une œuvre définitive : car en la matière, comme on le verra, les matériaux sont trop peu nombreux. Nous avons voulu seulement montrer, grâce aux quelques documents que nous avons pu recueillir, combien l'allure de la grossesse était modifiée par la présence de ces tumeurs, combien le diagnostic en était difficile, combien le traitement en était délicat. L'avenir démontrera peut-être la fausseté de quelques-unes de nos assertions, qui, nous le reconnaissons, reposent plus sur le raisonnement que sur des faits cliniques qui manquent. Mais nous ne sommes pas assez téméraire, pour vouloir, du premier coup, faire d'après des données malheu-

reusement peu nombreuses, la lumière sur une question jusqu'ici peu connue. Nous nous estimerons trop heureux, si nous avons pu réussir à contribuer pour une petite part à l'étude d'une complication bien redoutable de la grossesse et à attirer l'attention des auteurs, qui, en apportant des matériaux nouveaux, pourront éclairer d'une façon définitive une question pratique très grave.

On est loin de s'entendre sur la signification du terme : tumeur solide de l'ovaire. Ziembicki considère comme tumeurs solides toutes celles qui, après ponction, restent irréductibles en totalité ou en partie. Bouilly, Bourgoïn et Picqué, ne considèrent comme tumeurs solides que les tumeurs bénignes et éliminent le cancer. Cornil, Segond, Labadie-Lagrave et Legueu admettent au contraire l'épithélioma de l'ovaire comme tumeur solide ovarienne, de même que les enchondromes, les papillomes et les tubercules que Pozzi élimine en raison de leur rareté. Quant à nous, nous considérons *comme tumeurs solides de l'ovaire, tous les néoplasmes de cet organe* (myome, fibrome, adénome, sarcome, épithéliome, enchondrome, myxome) *dont la masse est entièrement solide d'emblée*. Avec eux, nous rangerons également les productions complexes telles que fibromyomes, fibrosarcomes, adénosarcomes, formes pour ainsi dire bâtarde et résultant d'une association d'éléments néoplasiques fondamentaux caractérisant habituellement des tumeurs différentes.

En revanche, nous éliminerons les tumeurs mixtes qui sont formées de masses solides assez considérables, mais qui sont primitivement liquides, telles que certains kystes végétants, dermoïdes, et autres kystes dont les parois épaissies ont dégénéré. Dans tous ces cas, il s'agit de kystes de l'ovaire primitifs, les productions solides ne sont que secondaires. Malassez et de Sinéty (1) ont étudié, d'une façon toute

(1) Malassez et de Sinéty. *Archives de Physiologie* 1881. p. 245.

spéciale, ces kystes ovariens à prédominance de parties solides, constituées, suivant les cas, par du tissu, ou fibreux, ou fibrosarcomateux, ou fibromusculaire, c'est-à-dire par un tissu différant peu de celui du stroma des kystes proprement dits, mais se trouvant là en plus grande quantité. Ces auteurs signalent également des tumeurs primitivement kystiques dont les parties solides sont constituées par des malformations épithéliales qui se présentent sous la forme de masses pleines, de cordons simples ou ramifiés, de lobes semblables à ceux du carcinome. « Ici, nous sommes loin des productions kystiques proprement dites, et cependant, on peut constater non seulement des états intermédiaires entre ces diverses formations épithéliales, mais encore des rapports de continuité, ce qui prouve leur parenté ». (Malassez et de Sinéty.)

Il est évidemment bien difficile d'établir une barrière infranchissable entre les tumeurs liquides et les tumeurs solides; ces tumeurs ont, en effet, un grand nombre de points communs; des tumeurs solides pouvant dériver de kystes d'une part, et d'autre part, des tumeurs solides pouvant dégénérer en kystes. Entre les deux, il y a toute une série de types intermédiaires et, par suite, il devient très délicat de dire où finit la tumeur liquide, et où commence la tumeur solide.

Aussi, pour ne pas nous laisser entraîner, nous avons volontairement limité notre sujet aux néoplasmes de l'ovaire dont l'origine kystique ne saurait être mise en question. Faute de cette précaution, nous aurions dû faire rentrer dans notre étude certains kystes de l'ovaire avec prédominance de parties solides. Nous n'aurions pas eu de raisons, alors, pour ne pas faire entrer en ligne de compte certains kystes dermoïdes de l'ovaire, de consistance dure, par le contenant ou par le contenu. Il devenait bien difficile dans ces conditions de restreindre notre sujet. Nous aurions pu être amené à considérer comme tumeurs solides, des tumeurs

que d'autres auraient considéré comme liquides. Nous aurions ainsi risqué de verser dans l'étude des tumeurs liquides de l'ovaire compliquant la grossesse, ce que nous n'avons pas voulu.

L'étude histologique des néoplasmes ovariens fibrome, sarcome et épithéliome avec leurs variétés est beaucoup plus avancée que leur étude clinique. Aussi, au cours de ce travail, nous contenterons-nous d'un chapitre anatomo-pathologique très court, renvoyant pour les détails aux travaux sur la question.

Nous étudierons en revanche, successivement la symptomatologie des tumeurs ovariennes coexistant avec la grossesse. Nous essaierons ensuite de déterminer l'influence réciproque de ces tumeurs sur la gestation et le travail, pour arriver à une étude détaillée du diagnostic et terminer en nous étendant longuement sur le traitement.

CHAPITRE I

A. — ÉTIOLOGIE

Les causes qui favorisent le développement des tumeurs solides de l'ovaire sont totalement inconnues.

La grossesse joue-t-elle un rôle ?

D'une façon générale, d'après Dartigues, on trouve rarement la grossesse signalée dans les antécédents des malades atteintes de fibrome de l'ovaire; lorsque par hasard elle est signalée, elle date d'une époque suffisamment éloignée du moment où s'est développée la tumeur, pour qu'on ne soit pas autorisé à lui faire jouer un rôle dans la production ultérieure du néoplasme. En réalité, la lecture des observations, montre que les grossesses antérieures au développement sont fréquentes. En ne tenant compte que des observations que nous rapportons, nous voyons qu'à part la malade de Kleinwachter qui était primipare, toutes les autres avaient déjà eu des enfants : 6 enfants (Obs. I); 1 enfant (Obs. IV); 3 enfants (Obs. VIII), etc.

En revanche, et toujours d'après Dartigues, la majorité des malades atteintes de sarcome de l'ovaire seraient des multipares. « Il est permis, dit-il, de se demander si la multiparité n'influe pas sur la genèse néoplasique comme il est certain qu'on observe de nombreuses grossesses chez les femmes atteintes de cancer utérin ». Ladouce, dans sa thèse, est d'un avis diamétralement opposé; il rapporte 40 observations de sarcome de l'ovaire, et ne table que sur 13 observations où les antécédents obstétricaux soient notés avec soin. Sur les 13 malades,

8 étaient nullipares, 2 primipares, 3 multipares : aussi conclut-il que la grossesse n'est pas une cause prédisposante et qu'au contraire, la nulliparité favorise l'évolution du sarcome ovarique.

De toutes ces notions contradictoires, nous ne pouvons que conclure à notre ignorance au sujet du rôle de la grossesse dans la genèse des néoplasmes solides de l'ovaire.

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fibrome. — Les gynécologues considèrent habituellement le fibrome de l'ovaire comme une véritable rareté. Les anatomo-pathologistes, au contraire, sont d'un avis opposé. Ainsi Patenko (1), sur 76 autopsies de femmes mortes d'affections quelconques, a relevé des noyaux fibreux ovariens dans 12 cas ; mais il s'agissait là de nodules fibreux ayant le volume d'un œuf de poule, c'est-à-dire la grosseur que l'ovaire peut acquérir aux dépens de ses tissus propres. Ces nodules fibreux naissent d'un corps jaune ou d'un follicule de Graaf et représentent plutôt une sclérose folliculaire qu'un néoplasme. Quant aux fibromes ovariens volumineux, Patenko considère leur origine ovarienne comme problématique. Ces tumeurs sont, en effet, des raretés, mais elles existent néanmoins. Schauta n'en a rencontré que 5 cas au cours de son premier millier de laparotomies, Spencer Wells émet l'avis qu'elles ne représentent guère que 1,2 pour 100 de la totalité des tumeurs solides de l'ovaire. Dartigues, Bourgoïn, Larnaudie, Castelnau, Lambilliotte, Gascheau, dans leurs thèses, ont rapporté de nombreuses observations de fibromes de l'ovaire.

Ces tumeurs se développent soit aux dépens d'un corps jaune, ou d'un follicule en voie de développement, soit aux dépens du stroma conjonctif de l'ovaire. Ceux du premier

(1) Patenko. Centralblatt f. Gynak, 1880, p. 441.

groupe ne dépassent guère le volume d'un œuf de dinde, ceux du second groupe peuvent acquérir de très grandes dimensions.

La rareté relative des gros fibromes de l'ovaire est cause que beaucoup d'auteurs ont discuté sur leur origine ovarienne. Spencer Wells prétend que la plupart des soi-disant fibromes de l'ovaire ne sont que des fibromes utérins. Schröder émet une opinion analogue. Il est de fait que bien des fibromes ovariens prêtent à la discussion et que certains d'entre eux ne sont que des fibromes utérins pédiculés ou des fibromes inclus dans le ligament large. En réalité, et Larnaudie l'a démontré dans sa thèse (Montpellier, 1891), les fibromes de l'ovaire sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit.

Les fibromes de l'ovaire ont des dimensions variables, depuis la grosseur du poing jusqu'au volume d'une tête d'adulte. Leur poids est par conséquent variable. Ordinairement unilatéraux, ils affectent dans leur ensemble la forme de l'ovaire hypertrophié. Leur surface est lisse et unie généralement, quelquefois bosselée ; leur consistance est ferme.

Recouverts d'une enveloppe séreuse, ils se présentent à la coupe sous l'aspect d'une masse dense, creusée parfois de petites cavités kystiques. Histologiquement, ils affectent tantôt le type fibrome pur et ne sont alors constitués que par des faisceaux de fibrilles conjonctives s'entrecroisant dans tous les sens et englobant des cellules conjonctives. Tantôt ils affectent le type fibromyome et alors on observe de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses enserrés dans une trame conjonctive fibreuse plus ou moins riche en cellules.

Les fibromes ovariens sont susceptibles de subir la dégénérescence sarcomateuse (Bourgoin) (1), ou cancéreuses. Ils peuvent s'ossifier ou se calcifier en partie (obs. V), ils peuvent s'enflammer et suppurer et Rokitsansky a observé la suppuration d'un fibrome ovarien gros comme un œuf d'oie, après un accouchement.

(1) Bourgoin. *Thèse de Paris*, 1894, Lire l'observation XV.

Ces tumeurs n'ont pas de capsule. A la périphérie du néoplasme, le tissu conjonctif est plus serré, composé à peu près exclusivement de fibrilles et renfermant peu de cellules conjonctives ; il se trouve ainsi condensé en une couche corticale, qui, par endroits, se laisse arracher de la masse de la tumeur, non cependant sans entraîner des lambeaux de cette dernière. Mais une capsule comparable à celle des fibromes utérins, de laquelle la tumeur peut s'énucléer, n'existe pas ici (Borremans).

Sarcome. — Le sarcome est relativement moins rare que le fibrome. D'après Schröder et Cohn, il y aurait 1 sarcome pour 100 kystes de l'ovaire ; sur 295 ovariectomies faites à la clinique des femmes de Wurtzburg, Stauder trouve une proportion beaucoup plus forte, puisqu'il note 20 cas de sarcome. Cette tumeur se développe pendant la période d'activité sexuelle et acquiert généralement des dimensions assez considérables.

La variété la plus fréquente est le sarcome fasciculé, tumeur fibro-plastique qui a pour élément fondamental la cellule fusiforme. Ces cellules fusiformes y sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins grandes, et, suivant Virchow, les plus petites en constitueraient la variété la plus dangereuse. Le sarcome a une consistance compacte et présente une certaine élasticité ; à la coupe, l'aspect en est dense ; ses faisceaux radiés, blanc rosé, ne laissent pas écouler, à l'état frais, par le râclage, le moindre suc. Ces tumeurs ont une circulation veineuse très active : les capillaires atteignent en nombre et en dimensions un degré d'accroissement considérable ; les veines forment de véritables sinus desquels partent des troncs parfois plus volumineux que le doigt. La structure des vaisseaux est loin d'être normale et les plus petits présentent souvent une dégénérescence hyaline. De même, le tissu du néoplasme subit quelquefois

la dégénérescence graisseuse et peut présenter des petits foyers hémorragiques (Dubois).

Cancer non végétant. — L'épithéliome ovarien ayant une membrane de contention, constitue une tumeur pleine, sans végétations ni kystes, dont l'évolution clinique et les caractères macroscopiques peuvent la faire confondre avec les autres tumeurs solides de l'ovaire. C'est une tumeur rare, souvent bilatérale, qui revêt deux formes anatomiques distinctes : la forme diffuse ou médullaire ; la forme superficielle ou papillaire. Au point de vue purement histologique, on observe les deux formes classiques du cancer : le squirrhe que caractérise la prédominance des travées conjonctives, et l'encéphaloïde, à prédominance épithéliale.

Endothéliome. — Parmi les tumeurs solides de l'ovaire, la moins connue est certainement l'endothéliome, étudié pour la première fois par Eckardt (1) et Pomorski (2). Dans des travaux récents, Brouha et Brückner en se basant sur 20 observations, ont étudié les caractères anatomiques et cliniques de cette variété de tumeurs de l'ovaire.

Ces tumeurs ordinairement unilatérales n'offrent pas de symptômes cliniques caractéristiques qui permettent de les différencier ; dans les 2/3 des cas, elles offrent un pronostic favorable. Les endothéliomes sont des néoplasmes essentiellement solides. Parfois leur masse contient quelques cavités kystiques, mais celles-ci ne sont le plus souvent que la conséquence de processus dégénératifs. Leur surface est lisse ; leur consistance tantôt dure, tantôt spongieuse.

Les caractères microscopiques de ces tumeurs les rapprochent à la fois du carcinome et du sarcome. Leur tissu est en grande partie constitué par un parenchyme d'aspect cancé-

(1) Eckardt. Ueber endotheliale Eierstocktumoren. Zeitschrift. fur. Geb. und. Gyn. 1889. p. 344.

(2) Pomorski. Endothélioma ovarii. Zeitsch. f. geb. und. Gyn. 1890, p. 92.

reux (cylindres cellulaires, creux ou pleins, d'apparence épithéliale) logé dans les mailles d'un stroma conjonctif. Pour constituer un carcinome parfait, il ne manque qu'une délimitation un peu plus nette des éléments cellulaires entre eux. En d'autres points, le caractère histologique rappelle le sarcome, et cela de 2 façons. Tantôt les cellules néoplasiques se trouvent répandues au sein des fibrilles conjonctives, logées en quelque sorte individuellement dans les mailles du fin reticulum que forment ces fibrilles. D'autres fois, l'aspect sarcomateux est dû au groupement des cellules parenchymateuses en grandes nappes uniformes réduisant à l'état de travées très minces le stroma conjonctif (Brouha).

Etant donnée cette structure toute particulière, dans quelle catégorie faut-il ranger ces tumeurs ? Parmi les cancers, tumeurs épithéliales ? ou parmi les sarcomes, tumeurs conjonctives ? L'accord est loin d'être fait sur ce point, malgré bien des discussions.

Léopold considère ces néoplasmes comme intermédiaires entre les tumeurs épithéliales et les tumeurs conjonctives. Marchand fait des endothéliomes un sous-groupe des sarcomes ; pour Amann il s'agirait également de sarcome et pour Pick de lymphangiocarcino-sarcome.

Pour Brouha, en ce qui concerne les endothéliomes lymphatiques, rien n'est plus net. Tous les embryologistes s'accordant à reconnaître au système lymphatique (vaisseaux et fentes) une origine mésenchymatique, les néoplasies qui en dérivent doivent être des tumeurs conjonctives. Au contraire, la place dans la classification des tumeurs, des endothéliomes vasculaires n'est pas très nette pour la raison que l'origine des vaisseaux sanguins est encore l'objet de discussions nombreuses.

Ascite.— De toutes les tumeurs abdominales, ce sont les tumeurs de l'ovaire et parmi elles les tumeurs solides qui

s'accompagnent le plus souvent d'ascite; sur 36 observations de tumeurs solides, Ziembicki l'a rencontrée 32 fois. L'ascite existe d'ailleurs avec toutes les tumeurs solides quel que soit leur volume, et quelle que soit leur nature. Sur ce dernier point, les auteurs ne sont cependant pas d'accord. En effet, tandis que la plupart d'entre-eux s'accordent à reconnaître que le fibrome ne s'accompagne généralement pas d'ascite, Castelnau la considère comme constante et Larnaudie l'observe 16 fois sur 22 cas. Par contre, tout le monde ou à peu près admet qu'elle est presque constante, précoce et abondante avec les tumeurs malignes. Nous devons à la vérité de dire que, même dans ce dernier cas, les exceptions sont nombreuses.

La pathogénie de cet épanchement a également donné lieu à bien des discussions. Ziembicki incrimine la péritonite chronique, Terrier (1) le cancer concomitant du péritoine, Pozzi la mobilité de la tumeur qui agit à la façon d'un corps étranger. Sébilleau nous paraît être dans le vrai en disant que c'est l'état de la séreuse qui commande tout et qu'il n'y a d'ascite que si la séreuse est lésée.

La quantité de liquide est variable. Tantôt à peine appréciable, elle peut quelquefois être si abondante et distendre tellement l'abdomen que c'est seulement après paracentèse du péritoine qu'on pourra apprécier la tumeur causale. Sa coloration est variable; tantôt limpide ou jaune citron, tantôt sanguinolente. Elle peut contenir des cellules néoplasiques.

Adhérences.— Les tumeurs solides de l'ovaire se compliquent rarement d'adhérences : le plus souvent, même quand il s'agit de cancers, ces adhérences sont ordinairement légères ou nulles. D'après la statistique de Ziembicki, 26 fois sur 38 ces tumeurs sont libres et mobiles sur leur pédicule. D'après

(1) Terrier. — *Revue de Chirurgie*, 10 mars 1886.

Waldeyer, l'ovaire doit cette immunité à la nature spéciale de son épithélium cylindrique qui donne au revêtement extérieur de la glande les caractères d'une véritable muqueuse et la protège contre les adhérences péritonéales. Or, une séreuse contracte facilement des adhérences avec une autre séreuse, mais elle n'en contracte pas avec les muqueuses parce que l'épithélium est différent. Par suite, aussi longtemps que restera intact l'épithélium de l'ovaire, il n'y aura pas d'adhérences. Waldeyer croit que tant que le néoplasme n'a pas dépassé les dimensions d'une tête d'enfant, l'épithélium peut rester sans altérations. Léopold, tout en confirmant l'opinion précédente, fait remarquer que l'épithélium cylindrique disparaît chez les femmes d'un certain âge et que, rares chez les jeunes sujets, les adhérences deviennent plus fréquentes avec l'âge des malades. En réalité, pendant la grossesse, les adhérences sont beaucoup plus fréquentes que ne l'indiquent les auteurs : tantôt très prononcées, au point de fusionner la tumeur et le bassin (Obs. I et VIII), tantôt, plus lâches, avec l'épiploon et l'intestin (Obs. II, III, VI, VII).

Pédicule. — Dans toutes les tumeurs de l'ovaire, et les observations que nous rapportons le confirment, le pédicule est mince, étroit, allongé, plus ou moins vasculaire, suivant les cas. La trompe et le pavillon en restent toujours indépendants et Léopold a depuis longtemps signalé ce point concernant l'indépendance de la trompe dans les tumeurs solides, contrairement à ce qui se passe dans les kystes où la trompe et même le ligament large affectent des rapports plus intimes avec le pédicule.

Situation des tumeurs de l'ovaire. — Lorsque l'ovaire augmente de volume, du fait du développement d'une tumeur, il tombe dans le cul-de-sac de Douglas qui représente le point de moindre résistance; en raison de sa situation

normale, il ne peut se diriger ailleurs. Il vient alors se placer en arrière et sur les côtés de l'utérus qui se trouve simultanément déjeté du côté opposé à la tumeur.

L'observation démontre en effet que la majorité des tumeurs solides de l'ovaire sont et restent pelviennes tant qu'elles conservent un petit volume. Plus tard, lorsque leurs dimensions se sont accrues, ne trouvant plus dans le bassin la place nécessaire et suffisante pour les contenir, elles doivent fatalement évoluer vers l'abdomen, à moins que des adhérences ne les retiennent dans le bassin.

Cette évolution se fait suivant un mécanisme toujours le même, tout à fait comparable à celui qui préside au passage de l'utérus gravide, du petit bassin dans le grand bassin. En effet, la tumeur arrêtée dans son développement du côté des parois pelviennes et du côté du plancher pelvien doit, comme l'utérus au 4^e mois, se développer vers la cavité abdominale. Ce mouvement se produira lorsque la portion supérieure de la tumeur l'emportera en poids; le centre de gravité se déplacera alors de plus en plus vers la partie antérieure de la tumeur, qui quittera le petit bassin et se portera vers la paroi abdominale antérieure (Freund).

On comprendra qu'un utérus gravide, surajouté à une tumeur solide de l'ovaire enclavée dans le bassin, empêche cette tumeur d'évoluer dans l'abdomen. Ainsi s'explique le fait qu'une tumeur ovarienne enclavée doit rester enclavée, du fait de la pression de l'utérus gravide et que, pour la réduire dans l'abdomen, il faut avoir recours à des manœuvres spéciales. L'indépendance de la tumeur d'avec l'utérus, explique également pourquoi cette tumeur ne peut pas, suivant le mécanisme décrit par Tarnier pour les fibromes utérins enclavés, dans le bassin, se réduire spontanément pendant le travail.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Les tumeurs solides de l'ovaire, quelle que soit leur nature, se traduisent par des signes cliniques identiques. — Qu'il s'agisse d'un fibrome, d'un sarcome ou d'un épithélioma, l'ensemble symptomatique est sensiblement le même. On pourra discuter, trouver que tel symptôme s'applique plutôt à telle variété de néoplasme qu'à telle autre ; en réalité, le plus souvent, on devra s'abstenir de tout diagnostic portant sur la nature du néoplasme. Il est en effet des fibromes qui évoluent rapidement et simulent des cancers ; il est des cancers qui restent latents, n'influencent pas la santé générale et simulent des fibromes ; il y a des cancers sans ascite ; il y a des fibromes avec ascite ; rien n'est plus variable que les symptômes fournis par ces différentes variétés de tumeurs. Aussi, pratiquement, fera-t-on bien de rechercher seulement les signes permettant d'affirmer : 1° *l'origine ovarienne de la tumeur* ; 2° *sa solidité*, sans s'attacher à vouloir faire quand même un diagnostic histologique d'ailleurs impossible.

Lorsqu'une grossesse coexiste avec une de ces tumeurs, les signes cliniques de la tumeur ne sont modifiés en rien. L'utérus gravide, par son volume, rend seulement leur constatation plus difficile et contribue à former un tableau clinique un peu spécial qui différera en outre, suivant que la tumeur ovarienne sera pelvienne ou abdominale.

D'une façon générale, le siège de la tumeur joue un grand

rôle dans la détermination des symptômes. A priori, il est évident qu'une tumeur abdominale surajoutée à une grossesse, doit occasionner plus d'accidents pendant la grossesse qu'une tumeur pelvienne qui, en raison de sa situation, ne gêne en rien l'expansion de l'utérus gravide. Cela est vrai théoriquement et Rémy a pu établir, dans une formule claire et concise, le rôle qui revient aux tumeurs ovariennes suivant leur siège : tumeurs intra-pelviennes, troubles, accidents pendant l'accouchement ; tumeurs abdominales, malaises, accidents pendant la grossesse. Cliniquement, cette formule n'est pas toujours applicable. Elle l'est évidemment, le plus souvent. Mais en ce qui concerne les tumeurs à type pelvien, sur 5 observations, 2 fois on trouve notés des accidents graves de compression, analogues à ceux que déterminent les tumeurs ovariennes à type abdominal.

I — GROSSESSE AVEC TUMEUR SOLIDE OVARIENNE A SIÈGE PELVIEN

Au début de leur évolution, lorsqu'elles sont petites et mobiles, les tumeurs solides de l'ovaire tombent naturellement dans le cul-de-sac de Douglas où elles peuvent séjourner pendant longtemps sans attirer l'attention sur elles. Si la malade devient enceinte, le début de la grossesse peut évoluer sans aucune espèce d'incidents. Mais plus tard, lorsque l'utérus gravide s'est développé, ou bien lorsque la tumeur a acquis des dimensions plus considérables, des symptômes apparaissent qui inquiètent la malade et l'engagent à se soumettre à un examen qui fait reconnaître l'existence d'une grossesse compliquée de tumeur.

Les troubles accusés par la malade sont de 3 ordres : intestinaux, vésicaux et respiratoires.

La compression du rectum par la tumeur pelvienne pro-

voque une constipation opiniâtre qui ne cède ni aux lavements ni aux purgatifs. Le ventre se ballonne, l'estomac devient paresseux et les digestions pénibles. Les gaz et les matières qui s'accumulent dans l'intestin déterminent une augmentation considérable du volume de l'abdomen. Plusieurs jours peuvent se passer sans que la malade puisse aller à la garde-robe et peu à peu l'on voit se constituer le tableau clinique de l'obstruction intestinale (Obs. 1). Si à ce moment on pratique le toucher rectal, le doigt reconnaît l'existence de la tumeur qui aplatit complètement le rectum sur le sacrum.

Des phénomènes de compression identiques s'exercent en avant sur l'urètre et sur la vessie. Celle-ci, comprimée contre la symphyse, ne peut se vider et on voit apparaître au-dessus du pubis une tumeur ovoïde à grosse extrémité supérieure, mate à la percussion, qui n'est autre que la vessie distendue. L'anurie dans certains cas est absolue (Obs. I) et on est obligé d'avoir recours à la sonde, plusieurs fois par jour, pour évacuer la vessie et mettre un terme aux souffrances de la malade. Mais ces sondages répétés ne sont pas sans danger; ils doivent être aussi peu fréquents que possible, car ils peuvent être cause d'infection urinaire.

Distension vésicale, distension intestinale, utérus gravide, contribuent à dilater, à élargir l'abdomen, par suite à refouler le diaphragme. Il en résulte que les poumons sont comprimés dans le thorax, que l'amplitude des mouvements respiratoires est diminuée; des crises d'étouffement et d'oppression apparaissent, parfois tellement prononcées que le décubitus dorsal est impossible.

Des douleurs vagues dans les lombes, dans le bas-ventre et sur le trajet des sciatiques tourmentent souvent la malade. Des œdèmes, des varices, et la phlébite des membres inférieurs, par compression des vaisseaux, apparaissent (Obs. VIII).

L'inspection de l'abdomen fait constater qu'il est énormément distendu, beaucoup plus développé qu'il ne devrait

l'être pour l'époque présumée de la grossesse, d'après la date des dernières règles. La palpation fait reconnaître deux tumeurs, l'une antérieure, fluctuante, immobile qui est la vessie distendue par l'urine, l'autre postérieure, volumineuse, au niveau de laquelle on sent des parties fœtales et qui est l'utérus beaucoup plus développé que ne le comporte l'âge de la grossesse. Cette augmentation de volume de l'utérus est plus apparente que réelle : elle est due seulement à ce fait que la tumeur ovarienne occupant le bassin, en a chassé l'utérus et l'a forcé à se développer entièrement dans la cavité abdominale. En même temps que ce mouvement d'ascension, l'utérus a également subi un mouvement de projection en avant qui a pour résultat de rendre les parties fœtales tout à fait superficielles. En effet, c'est immédiatement au-dessus de la symphyse, qu'on trouve le pôle fœtal inférieur. Ce pôle fœtal ballotte facilement, mais la présence au-devant de lui de la vessie remplie d'urine donne, dans certains cas, à la main qui explore une sensation de flot, spéciale, qui, à un examen superficiel, pourrait induire en erreur et faire croire à une augmentation dans la quantité de liquide amniotique (Obs. I). L'évacuation vésicale par le cathétérisme évitera toute interprétation fausse.

La percussion de l'abdomen donne un son mat au niveau du plan médian correspondant à la vessie et à l'utérus gravide ; au niveau du creux épigastrique et dans les flancs, dans les points correspondant à l'intestin dilaté, elle donnera au contraire un son tympanique.

En pratiquant le toucher vaginal, le doigt arrive immédiatement sur une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant le cul-de-sac de Douglas ou les culs-de-sac latéraux, descendant parfois tellement bas qu'elle semble avoir dédoublé sur une grande étendue la cloison recto-vaginale. La consistance de la tumeur est dure, quelquefois élastique. Sa surface extérieure, le plus souvent lisse et unie, présente parfois des

bosselures ou même des sillons entrecroisés qui ont pu faire penser à des sutures crâniennes et porter le diagnostic de grossesse extra-utérine (Veyssière). Les culs-de-sac ont disparu et le fond du vagin est occupé par le pôle inférieur, convexe en bas de la tumeur.

Souvent la tumeur est mobile, et on peut avec le doigt explorateur la mobiliser, la soulever et parfois la repousser au-dessus du détroit supérieur. Quand la tumeur ovarienne s'accompagne d'ascite, il est facile de la déplacer dans le liquide, et d'obtenir une sensation de ballottement vaginal très nette qui pourra faire prendre la tumeur ovarienne pour la tête d'un fœtus extra-utérin (Obs. VII). Quand elle a été réduite dans l'abdomen, ou bien la tumeur y reste, ou bien elle redescend immédiatement dans l'excavation dès que l'on retire le doigt explorateur. Parfois aussi la tumeur est fixée dans le cul-de-sac de Douglas par des adhérences ; elle est enclavée, irréductible et semble faire corps avec l'utérus dont il est cependant indispensable de pouvoir la différencier. En effet, au point de vue du diagnostic de tumeur ovarienne, la recherche de l'indépendance réelle de la tumeur et de l'utérus est le point important : c'est aussi le point délicat. Entre la tumeur et l'utérus, il peut exister un sillon de démarcation, mais c'est un signe bien difficile à constater : à plus forte raison sera-t-il difficile de percevoir le pédicule de la tumeur. Mais si on peut mobiliser, par le toucher et le palper combinés, la tumeur pelvienne sans imprimer de mouvements à l'utérus, ou inversement, si l'on peut apprécier la mobilité de l'utérus sans déplacer la tumeur pelvienne, il y aura de grandes chances pour qu'utérus et tumeur soient indépendants et pour que la tumeur n'ait pas son point de départ dans l'utérus.

D'une façon générale, ces différents signes sont plus faciles à percevoir en dehors de la grossesse ; car l'utérus gravide, par son volume, vient gêner singulièrement l'exploration. Ils doivent cependant être recherchés pendant la

gestation avec le plus grand soin. Le seul moyen d'exploration auquel on ne doit pas avoir recours est le cathétérisme intra utérin : théoriquement, en cas de tumeur ovarienne, il indique que la cavité utérine ne subit pas de modifications dans ses dimensions. Il va sans dire qu'en cas de grossesse concomitante, cette notion est sans intérêt et que le cathétérisme doit être rigoureusement proscrit.

La tumeur ovarienne, lorsqu'elle est engagée dans le bassin, repousse ordinairement l'utérus en avant et en haut. Suivant que la tumeur est plus ou moins volumineuse, on arrivera plus ou moins facilement sur le col. Dans certains cas (Obs. I et VII) l'obstruction du bassin est telle que deux doigts peuvent passer difficilement entre la face antérieure de la tumeur et la face postérieure de la symphyse. Le col devient donc très difficilement accessible et on pourra, par suite, avoir de la peine à constater les différentes modifications que lui imprime la gravidité. On pourra cependant généralement arriver à sentir le ramollissement du pourtour de l'orifice externe et trouver au-dessus du col le ballottement d'un pôle fœtal.

Serait-on gêné pour l'exploration, la femme souffrirait-elle trop pendant l'examen, qu'il n'y aurait aucun inconvénient à lui donner du chloroforme. Car en supprimant la défense musculaire et surtout en permettant l'introduction de la main, l'anesthésie générale fait que l'on peut se rendre compte plus exactement de la mobilité de la tumeur, des limites de sa réduction et surtout de ses rapports avec les organes pelviens.

II. — GROSSESSE AVEC TUMEUR SOLIDE OVARIENNE A SIÈGE ABDOMINAL

Deux types cliniques différents peuvent se présenter suivant que la tumeur ovarienne s'accompagne ou non d'ascite.

1^{er} cas: Il n'y a pas d'ascite.

L'aspect clinique varie suivant les dimensions de la tumeur.

a. — Quand la tumeur est très volumineuse, elle attire à elle seule toute l'attention et rend très difficiles la recherche et l'exploration de l'utérus gravide. Le ventre est globuleux, développé d'une façon irrégulière, avec des saillies et des dépressions variables comme dimensions et comme siège. Le plus souvent, c'est dans une des fosses iliaques qu'on trouve une tumeur dure à surface plus ou moins régulière. Cette tumeur est mobile, susceptible d'être déplacée dans tous les sens. La palpation n'en est généralement pas douloureuse. La percussion donne un son mat à son niveau tympanique dans le reste de l'abdomen. Parfois la tumeur se déplace avec les mouvements respiratoires: en mettant la main sur elle et en faisant respirer profondément la malade, on peut sentir la masse s'élever pendant l'inspiration, et s'abaisser pendant l'expiration (Obs. VI). Au voisinage du pubis, on trouve quelquefois une tumeur plus molle, dont les dimensions sont généralement difficiles à apprécier, en raison du développement énorme du néoplasme, et qui est l'utérus gravide. Le plus souvent, on ne pourra pas par l'abdomen percevoir d'une façon précise, les signes positifs de la grossesse et seul le toucher vaginal, en constatant le ballottement et le ramollissement du col, donnera des renseignements précieux en faveur de la gravidité.

Mais généralement ces tumeurs volumineuses s'accordent mal avec la grossesse au développement de laquelle, elles s'opposent. Par les modifications profondes qu'elles déterminent dans l'état général, à cause de leur nature maligne fréquente, elles font comprendre comment la grossesse ne peut évoluer normalement à leur voisinage.

b. — Quand la tumeur est peu volumineuse, le tableau clinique est tout à fait différent,

La tumeur ovarienne se place ordinairement dans un des côtés de l'abdomen, tandis que l'utérus gravide occupe le côté opposé. On observe donc deux tumeurs juxtaposées, séparées l'une de l'autre par un sillon plus ou moins net. (Obs. II). L'examen direct permet la différenciation des 2 tumeurs.

L'abdomen présente un développement plus considérable que ne le comporte l'âge de la grossesse ; il est également élargi dans le sens transversal. La palpation fait reconnaître dans une des fosses iliaques, une tumeur solide de forme arrondie, indépendante de l'utérus, à surface tantôt lisse, tantôt irrégulière : elle ne détermine généralement aucune douleur : cependant, parfois, en particulier lorsqu'il y a des adhérences ou des réactions péritonéales de voisinage, la tumeur peut devenir tellement sensible à la pression que l'intensité des douleurs fait supposer une complication au niveau du néoplasme. C'est ainsi que la malade de l'Obs. II, avait une tumeur tellement douloureuse qu'on porta le diagnostic de tumeur à pédicule tordu.

La mobilité du néoplasme est généralement très grande : elle n'est pas constante ; quand elle existe, elle est plus accusée dans le sens vertical que dans le sens transversal. Au contraire, lorsque les adhérences se sont établies, la tumeur s'immobilise complètement et semble faire corps avec les parois du bassin. La notion de mobilité ou d'immobilité ne peut faire préjuger en rien de la nature de la tumeur, car si très souvent les sarcomes et les épithéliomas adhèrent aux organes voisins, il y en a qui sont libres de toute connexion, de même qu'il peut y avoir des fibromes adhérents.

Les sensations que donne l'utérus gravide sont tout à fait différentes. Il constitue une tumeur ovoïde à grosse extrémité supérieure, uniformément lisse, molle, et au niveau de laquelle on sent des parties fœtales. En admettant même que ces signes, pour certaines raisons, soient difficilement appré-

ciables, la simple application prolongée de la main sur l'utérus fera percevoir des contractions intermittentes, se produisant à intervalles plus ou moins rapprochés, et sur la nature desquelles il n'y a pas de discussion possible.

Nous ne décrirons pas les troubles que peut éprouver la malade, ce sont exactement ceux que détermine la tumeur pelvienne compliquant la grossesse, et nous les avons déjà signalés plus haut. En revanche, nous voudrions insister sur les phénomènes généraux qui peuvent accompagner le développement de la tumeur ovarienne. Les troubles fonctionnels nombreux par compression organique entrent pour une bonne part dans les modifications de la santé générale : il faut également faire entrer en ligne de compte la nature maligne de la tumeur. Le fibro-sarcome, le sarcome et l'épithélioma peuvent évoluer pendant longtemps sans porter atteinte d'une façon sérieuse à l'état général. Mais il arrive forcément un moment où les choses se précipitent et où on assiste à une déchéance rapide (Obs. I. Obs. II. Obs. VI. Obs. IX). La malade maigrit, ses forces musculaires diminuent, la cachexie apparaît. La mort peut survenir sans que l'accouchement prématuré ou l'avortement aient eu lieu (Obs. II).

2^e cas. Il y a de l'ascite.

La présence de l'ascite rend l'examen particulièrement difficile. Généralement, en face d'un gros ventre, il est facile de dire s'il y a ascite ou non. Le problème est beaucoup plus complexe lorsque la distension de l'abdomen est due à trois facteurs différents : grossesse, tumeur, ascite.

L'abdomen dans certains cas peut être tellement tendu, tellement rempli qu'il est impossible de rien délimiter. Tel était le cas de Pinard, où la distension abdominale avait des causes multiples : ascite, grossesse avec hydramnios, tumeur ovarienne, anasarque par albuminurie, hernie ombilicale. De

même, Spencer Wells rapporte l'histoire d'une femme dont l'abdomen était tellement distendu par l'ascite qu'il lui fut absolument impossible de se rendre compte de l'état des organes intra-abdominaux : il fut obligé d'évacuer le liquide par une ponction avant de pouvoir sentir une tumeur dure et mobile coexistant avec un utérus gravide de 3 mois (Obs. IV).

La simple inspection montre que l'abdomen est distendu dans des proportions considérables; la peau est tendue et luisante et les vergetures très marquées. C'est cette distension qui en devenant la cause de nombreux malaises, attire l'attention de la femme enceinte. En effet, de bonne heure, dès les premiers mois de la grossesse, l'abdomen peut être aussi volumineux que celui d'une femme à terme. A mesure que la grossesse évoluera, que l'ascite augmentera, apparaitront de nombreux symptômes qui forceront la malade à consulter un médecin.

La malade éprouve en effet des douleurs intolérables, par distension de la paroi, par compression des organes et des filets nerveux. La compression de l'intestin et de l'estomac compromet la régularité des fonctions digestives, le refoulement du diaphragme et des poumons occasionne de l'anxiété respiratoire, de la dyspnée permanente, parfois même des crises d'étouffement particulièrement pénibles.

Si l'on cherche à palper le ventre, la sensibilité extrême de la paroi rend ce palper presque inutile. De même la percussion est douloureuse; elle est cependant indispensable, en raison des renseignements qu'elle est susceptible de fournir.

Lorsque la grossesse est peu avancée en âge, la matité occupe les parties inférieures de l'abdomen et des flancs, séparée de la sonorité épigastrique par une courbe à concavité supérieure. La malade étant dans le décubitus dorsal, on trouve de la matité dans la région lombaire, matité qui

disparaît lorsque la malade se couche sur le côté. Bref, le liquide est mobile et donne facilement à la main la sensation de flot caractéristique. Dans une des fosses iliaques, on trouve, si la tension du liquide n'est pas trop prononcée, une tumeur dure, immobile, et ballottante.

Par contre, il n'est pas possible de percevoir le corps de l'utérus gravide et ce n'est que par les commémoratifs, par la suppression menstruelle datant de plusieurs mois, par le ramollissement du col et l'exploration vaginale de l'utérus qu'on pourra arriver à soupçonner la grossesse.

Le tableau clinique est tout à fait différent lorsque la grossesse est avancée. On constate encore de la matité à la percussion, mais contrairement à ce qui se passe dans l'ascite ordinaire, cette matité ne se déplace plus par les mouvements de la malade. La présence de l'utérus gravide change en effet les conditions ordinaires, et comme l'a signalé Scarpa, la matité faible ou nulle dans l'hypogastre et vers les flancs est très prononcée, très superficielle dans l'hypochondre gauche. Cette remarque de Scarpa, vraie lorsque la grossesse n'est compliquée que d'ascite, ne saurait s'appliquer aux cas où l'ascite est le signe révélateur d'une tumeur ovarienne. Que cette tumeur occupe la fosse iliaque gauche, on constatera bien évidemment à ce niveau de la matité, mais celle-ci est-elle le fait de la tumeur ou de l'ascite ? Que cette tumeur siège à droite, l'utérus sera repoussé à gauche, et alors on ne voit pas bien pourquoi la matité ascitique aurait son maximum à gauche. Quoi qu'il en soit, la fluctuation très évidente dans certains cas, est très difficile ou même impossible à percevoir dans d'autres. « L'utérus est très difficilement perceptible à travers les parois du ventre, on ne peut qu'à grand'peine apprécier son volume ; les parties fœtales sont difficiles, sinon impossibles à sentir, et si la femme perçoit encore les mouvements du fœtus, ces mouvements sont sourds et obscurs. Souvent, l'auscultation donne des résultats nuls.

Deux signes pourtant permettent de reconnaître l'utérus : c'est d'une part sa mobilité anormale, quoiqu'elle ne soit pas toujours facile à constater ; d'une autre part, quand on palpe le ventre pendant un certain temps, on le voit changer de forme, devenir plus saillant, et en même temps on sent se former sous la main, une masse dure, globuleuse, dont on peut, avec peine il est vrai, apprécier l'étendue et les contours. Cette masse n'est autre que l'utérus qui se durcit par le fait de sa contraction (Charpentier (1). »

Il est donc possible dans certains cas de percevoir un ballottement de l'utérus dans le liquide ascitique ; il est de même facile, quelquefois, de faire balloter à côté de l'utérus la tumeur solide ovarienne. Une condition indispensable pour la constatation de ces différentes variétés de ballottement est la faible tension de l'ascite. Ces renseignements sont évidemment précieux pour le diagnostic ; malheureusement ils peuvent induire le clinicien en erreur, et lui faire porter un diagnostic erroné de grossesse gémellaire, ainsi que nous le verrons plus tard dans l'étude du diagnostic.

Mais quand l'ascite est soumise à une haute tension, il devient très difficile de reconnaître l'utérus gravide ; en tout cas, il est impossible de constater l'existence d'une tumeur ovarienne solide. Nous avons vu, en effet, que c'est seulement après une ponction que Spencer Wells put diagnostiquer une tumeur fibreuse de l'ovaire compliquant une grossesse. Est-ce à dire que la ponction doit être pratiquée et considérée comme un moyen de diagnostic ? Nous ne le pensons pas. Elle est trop dangereuse pour qu'on l'accepte comme méthode de diagnostic. Nous dirons plus complètement ce que nous en pensons en étudiant le traitement des tumeurs de l'ovaire.

(1) Charpentier. Traité d'accouchement, t. I, p. 722.

Nous n'avons pas jugé à propos de faire une étude spéciale des tumeurs abdomino-pelviennes au point de vue clinique. Il va sans dire qu'elles donnent lieu à des symptômes qui sont également ceux des tumeurs pelviennes et abdominales combinés.

CHAPITRE III

A. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE

On a beaucoup discuté pour savoir l'influence que la grossesse pouvait avoir sur le développement des tumeurs de l'ovaire en général. L'observation clinique a donné des résultats variables qui viennent justifier les contradictions des auteurs. En effet, en ce qui concerne les kystes de l'ovaire en particulier, trois catégories distinctes de faits ont été observées. 1^o Les tumeurs sont restées stationnaires ou se sont peu développées malgré des grossesses répétées ; 2^o les tumeurs se sont accrues notablement pendant la grossesse ; 3^o la grossesse a amené non seulement des modifications de croissance de la tumeur, mais même des modifications de constitution, et a pu transformer une tumeur de nature bénigne en tumeur maligne (Wernich).

L'examen des faits va nous permettre de conclure, en ce qui concerne les tumeurs solides de l'ovaire.

Dans notre Obs. I, il s'agit d'une grande multipare dont les accouchements avaient été tous normaux. Au cours de sa grossesse, séparée de la précédente par un intervalle de 20 mois, cette femme éprouve des accidents sérieux ; une tumeur de l'ovaire s'est développée, dont le volume va en augmentant pendant la grossesse ; des adhérences se forment et à l'autopsie on constate un gros fibrome de l'ovaire, ayant subi par places la dégénérescence épithéliale.

La malade de notre Obs. II, est également une grande

multipare. Quatre mois avant sa dernière grossesse elle ressent de vagues douleurs abdominales. Devenue enceinte, elle éprouve au 3^e mois de sa grossesse des douleurs particulièrement violentes, et on reconnaît bientôt une petite tumeur dont le volume augmente progressivement jusqu'au 5^e mois, époque où la laparotomie pratiquée fit reconnaître un épithélioma de l'ovaire avec péritonite cancéreuse qui emporta la malade.

Spencer Wells (Obs. IV) rapporte l'histoire d'une malade atteinte de tumeur fibreuse de l'ovaire. Cette tumeur ne cause « ni douleur, ni sensibilité, ni aucun trouble spécial. » La malade devient enceinte, « et au 4^e mois de la grossesse, on constate, que la tumeur augmente très rapidement. »

Deux mois après son dernier accouchement, la malade de l'Obs. VI « s'aperçoit d'une petite tumeur grosse comme un œuf de pigeon, dans la fosse iliaque gauche. Cette petite tumeur ne causait aucune douleur; elle eut un développement très lent, tant que dura la menstruation, mais dès que celle-ci cessa, c'est-à-dire dès qu'une nouvelle grossesse commença, la tumeur augmenta rapidement.

Une autre femme (Obs. VIII) habituellement bien portante, devient enceinte, et au 4^e mois de sa grossesse, elle éprouve des douleurs abdominales, avec troubles vésicaux dus à une tumeur maligne de l'ovaire qui va subir un développement considérable pendant la grossesse.

La grossesse, lorsqu'elle coexiste avec une tumeur solide de l'ovaire, exerce donc le plus souvent sur cette tumeur une influence fâcheuse qui se traduit toujours par une augmentation de volume, ou par une accentuation de la malignité de la tumeur.

Dans certains cas, ainsi que le démontrent les quelques observations suivantes, l'influence de la grossesse sur la tumeur est moins immédiate: Grossesse et tumeur ont fait bon ménage apparent, mais quand l'accouchement a eu lieu,

dans un laps de temps qui varie de quelques semaines à un an, les événements se précipitent : la malade meurt de sa tumeur, le plus souvent maligne, sur l'évolution de laquelle la grossesse avait produit le plus fâcheux effet.

LEHMANN. — *Neder Tijdsch. Geneskvon.*, 1869.

Sarcome de l'ovaire droit avec généralisation.

Femme de 29 ans. Accouchement 11 mois auparavant. Depuis cette époque apparition et accroissement rapide d'une tumeur. *Mort un an après l'accouchement.*

Autopsie : Sarcome de l'ovaire droit. 27 centimètres de circonférence. Enveloppe fibreuse très résistante. Tissu ferme à la périphérie, ramolli au centre.

Généralisation au foie, au poumon et aux ganglions.

LANGE. — *Deutsche Klinik.*, 1860 p. 289.

Cancer ovarique gauche. — Grossesse.

Louise K..., 28 ans, accouchée depuis 15 jours. Toujours bien réglée, constitution vigoureuse.

Se plaint de douleurs violentes dans la région hypogastrique. On constate dans la fosse iliaque une tumeur qui s'accroît rapidement au point d'acquérir en 8 jours le volume d'un utérus gravide de 6 mois. Tumeur dure, mobile. Col situé haut.

La tumeur grandit rapidement. Douleurs intolérables. Œdème et ascite.

2 mois plus tard, la tumeur n'est plus mobile.

Troubles digestifs, constipation, Amaigrissement. *Mort* dans le marasme à la fin de mai, 5 mois après l'accouchement.

Autopsie : Cancer de l'ovaire gauche. Adhérences intestinales. Perforation du gros intestin. Utérus normal, petit.

WERNICH. — *Beitrage z. Geb. und. Gynäk.*, 1872.

Sarcome médullaire de l'ovaire droit. — Grossesse.

Femme de 20 ans, mal réglée, accouchée à la fin de novembre 1869, d'un enfant débile. Dix-huit mois auparavant, on avait déjà constaté

une tumeur dans le ventre. Aucun accident durant les premiers mois de la grossesse, mais 15 jours après l'accouchement, explosion de douleurs violentes. La tumeur indolente en elle-même siège à droite. Elle est grosse comme le poing. Sa mobilité est considérable. L'utérus paraît de volume normal et tout à fait indépendant. Cachexie : *Mort 3 semaines après l'accouchement.*

Autopsie : Sarcome médullaire de l'ovaire droit. Adhérences légères avec l'intestin grêle. La capsule d'enveloppe est épaisse et vasculaire, le contenu mollasse peu riche en stroma. Tous les autres organes sont sains.

Observation due à l'obligeance de notre ami, P. Guillaume

Femme L..., 38 ans, entre à l'hôpital Tenon, dans le service du Docteur Lejars, le 8 février 1904 pour des douleurs pelviennes et une métrorrhagie abondante. Ces accidents remontent à une semaine.

Trois grossesses antérieures ont évolué normalement ; la dernière qui remonte à 6 mois n'a présenté aucune particularité.

Actuellement au toucher, col gros et dur. Grosse masse dans le cul-de-sac droit. Facies péritonéal, vomissements. Pouls petit. Douleurs dans la région pelvienne et la fosse iliaque droite.

Laparotomie : Grosse masse enveloppant le cœcum. Petites granulations sur le péritoine pariétal et dans le Douglas. Tumeur solide de l'ovaire droit de la grosseur du poing, mobile. Ablation de la tumeur. Utérus normal.

Mort 2 jours après l'intervention.

Examen histologique de la tumeur : myxome dégénéré de l'ovaire.

La mauvaise influence exercée par la grossesse sur les tumeurs de l'ovaire n'a rien qui doive nous surprendre, car, ainsi que le fait très justement remarquer Dsime, l'opinion générale veut que les tumeurs de l'ovaire comme tous les néoplasmes, d'ailleurs, s'accroissent notablement dans l'état de gravidité ; il est, en effet, des femmes qui ne s'aperçoivent de l'existence d'une tumeur ovarienne que lorsqu'elles sont devenues enceintes (Olshausen).

Cette aggravation des tumeurs ovariennes solides est donc conforme à tout ce que nous savons sur l'évolution des

tumeurs pendant la gestation, surtout quand ces tumeurs siègent dans la sphère génitale. On sait quelle marche rapide sont susceptibles de prendre tout à coup les tumeurs du sein sous l'influence de la congestion mammaire due à la grossesse; on sait également la fâcheuse influence exercée par la gravidité sur le cancer utérin; on ne voit donc pas pourquoi les tumeurs ovariennes feraient exception à cette règle.

On objectera, avec raison, qu'une tumeur de l'ovaire est susceptible de se modifier aussi bien en dehors de l'état de gestation que pendant la grossesse (Heiberg) (1). Evidemment, une tumeur ovarienne, quelle que soit sa nature, a son évolution propre, plus ou moins rapide suivant sa variété histologique, et cette notion clinique est indiscutable. Mais nous prétendons que la grossesse doit, dans l'immense majorité des cas, accélérer cette évolution. Il se produit, en effet, du fait de la grossesse, une vascularisation très prononcée de l'appareil génital, vascularisation à laquelle participent les productions pathologiques de l'utérus et de ses annexes : il en résulte que les éléments anatomiques normaux ou anormaux doivent prendre tout à coup une suractivité vitale excessive.

Ainsi s'expliquent les modifications de volume des tumeurs. Mais si l'on reconnaît l'augmentation de la vitalité et de la puissance reproductrice des tissus, peut-on admettre une transformation dans la nature des éléments anatomiques. Autrement dit, la grossesse, par sa seule présence, peut-elle être la cause de la dégénérescence maligne d'une tumeur restée jusque-là bénigne? Ce point prête à la discussion.

Wernich (2) admet sans conteste la dégénérescence maligne des tumeurs de l'ovaire survenant du fait de la gravidité et il

(1) Heiberg. -- Om ovariesvulsten som complication ved Svangerskab, Kjobenhaven, 1881.

(2) Wernich. -- Beitrage zur Geburtshulfe und. Gyn. t. II, fasc. II, 1874.

fonde sa conviction sur ce fait personnel qu'une jeune femme ayant une tumeur abdominale indolore sur la nature de laquelle on était indécis, vit sa tumeur, du fait d'une grossesse, devenir très douloureuse et augmenter considérablement de volume : l'autopsie montra qu'il s'agissait d'un carcinome médullaire. De même, Braxton-Hicks (1) a vu un kyste fluctuant se convertir en tumeur solide pendant la grossesse. Kürsteiner (2), a observé un ovaire transformé en carcinome colloïde sous la même influence. Spencer Wells, Hecker et Buhl ont publié des observations analogues. Enfin, il semble bien que chez notre malade (Obs. X), la grossesse ait été le facteur déterminant de la dégénérescence maligne partielle.

Il semble donc possible de faire intervenir la grossesse dans la détermination du processus de dégénérescence des tumeurs bénignes. Nous disons, *possible et non pas certain*, parce que nous n'avons pas constaté de faits suffisamment nets pour entraîner notre conviction. A ce propos, nous attirerons l'attention sur le fait suivant : Bourgouin, dans sa thèse Obs. XV, parle d'un fibro-myome jusqu'alors indolent et qui subit la transformation sarcomateuse en certains points ainsi que l'établit l'examen histologique fait par MM. Gombault et Claude. Or, dans ce cas, il n'y avait pas de grossesse. La dégénérescence maligne d'une tumeur bénigne de l'ovaire (quoi qu'en dise Ziembicki qui ne l'admet pas) est donc un fait nettement établi. Du fait qu'elle peut se produire en dehors de la gestation, nous sommes amené à conclure que : quand ce phénomène se produit pendant la grossesse, on peut tout aussi bien admettre qu'il y a là simple coïncidence que relation de cause à effet.

Aussi estimons-nous que Ruge (3) est bien près de la vérité

(1) Braxton-Hicks. — Transact. of. the. London, obst. soc. Vol. XI, p. 265.

(2) Kürsteiner. — Beiträge zur Casuistik ver Beckengeschwülste in geburtshülftlicher Beziehung. Inaug. Dissert. Zurich, 1883.

(3) Ruge. — Beiträge zur Geburt in. Gyn. Bd II, p. 131, 1873.

lorsqu'il dit : qu'en matière de dégénérescence des tumeurs ovariennes, *c'est pendant la grossesse et non comme conséquence de la grossesse, que le caractère malin de la dégénérescence s'accroît.*

B. — INFLUENCE DE LA TUMEUR SUR LA GROSSESSE

C'est par leur siège et par leur volume que les tumeurs solides de l'ovaire peuvent troubler l'évolution de la grossesse.

Lorsque ces tumeurs sont petites, mobiles, non douloureuses, la grossesse poursuit son cours normal. Il est, en effet, logique d'admettre, qu'un certain nombre de tumeurs solides ont coexisté avec des grossesses, mais que la grossesse et l'accouchement n'ayant rien présenté d'anormal, on n'a pas jugé à propos de publier les observations. De même lorsque les tumeurs occupent le bassin, il est de règle que la grossesse ne soit pas troublée. Cependant, cette règle souffre des exceptions et la lecture des Obs. I et VII, montre que des symptômes particulièrement pénibles peuvent apparaître.

Ce sont surtout les tumeurs abdominales, les grosses en particulier qui donnent lieu à des troubles variés.

1° Accidents de compression. — La présence simultanée de 2 tumeurs, l'une physiologique, l'autre pathologique est une cause de distension abdominale. Elle détermine des troubles digestifs par compression de l'estomac et de l'intestin, de la rétention d'urine par compression de la vessie, des varices et des œdèmes par compression des vaisseaux, de la gêne respiratoire par refoulement du diaphragme, etc. Nous n'insistons pas davantage sur ces différents troubles qui ont leur place dans le chapitre symptomatologie.

2° **Modifications dans la situation de l'utérus.** —

Lorsque la tumeur est pelvienne, le plus souvent, l'utérus est refoulé en avant, et son col devient très difficilement accessible, en avant et en haut, au-dessus de la symphyse pubienne.

Si la tumeur est abdominale et volumineuse, elle se place dans un des côtés de l'abdomen, l'utérus se trouvant refoulé du côté opposé. Au lieu de constituer une tumeur médiane, légèrement inclinée à droite, l'utérus gravide se trouve reporté à droite, si la tumeur est située à gauche, à gauche si la tumeur est à droite : il y a inclinaison latérale de l'utérus.

Dans certains cas, la tumeur simultanément pelvienne et abdominale (Obs. I et VIII), repousse l'utérus en haut et en avant. L'élévation de l'utérus est due à l'obstruction du bassin par la tumeur, sa projection en avant, à ce fait que la portion abdominale de la tumeur se loge toujours dans la partie postérieure de l'abdomen.

3° **Interruption de la grossesse.** —

Les tumeurs abdominales, lorsqu'elles acquièrent un développement considérable s'opposent à l'évolution jusqu'à terme de la grossesse. On comprend, en effet, bien facilement qu'un utérus gravide ait de la peine à se développer dans un abdomen déjà distendu par une production pathologique volumineuse accompagnée ou non d'ascite. En particulier, notre Obs. VI nous montre que si la laparotomie n'avait pas été faite, la tumeur se serait opposée à la progression normale de la grossesse.

D'autre part, une tumeur ovarienne bouchant le détroit supérieur et fixée par des adhérences, peut empêcher l'utérus de sortir du petit bassin et déterminer l'avortement. Enfin, la nature maligne de la tumeur, par les modifications qu'elle imprime à l'état général, par la cachexie qu'elle détermine

est également une cause d'interruption de la grossesse.

Sur 8 observations où la durée de la grossesse a été notée, l'accouchement à terme eut lieu 4 fois, et l'accouchement prématuré 4 fois.

4° Influence sur les Présentations. — Le petit nombre d'observations où il soit fait mention de la présentation, ne nous permet pas de déterminer si les tumeurs ovariennes solides ont une influence sur les présentations. En effet, sur 6 observations, dont 2 grossesses gémellaires, on trouve 7 sommets et 1 siège.

C. — INFLUENCE DE LA TUMEUR SUR LE TRAVAIL

Les tumeurs abdominales peuvent ne pas avoir d'influence sur la durée du travail. Cependant, l'inclinaison latérale de l'utérus peut, en déviant l'effet des contractions rendre l'accouchement plus long, et Hewlett (Obs. XIV), rapporte un cas de cancer des ovaires qui rendit l'accouchement long et pénible.

Au contraire, lorsque la tumeur est enclavée dans le bassin, elle met obstacle à la sortie du fœtus. Sur les 10 observations que nous rapportons, 5 fois la tumeur était pelvienne, et 5 fois, l'accouchement spontané fut impossible : 2 fois on fit l'opération de Porro, 1 fois l'opération césarienne, 1 fois la craniotomie, 1 fois la version. Dans tous ces cas, le travail a donc forcément une durée très longue. Si on n'intervenait pas, il se produirait ce qui se passe habituellement lorsqu'un obstacle s'oppose à l'engagement : l'utérus luttant en vain contre un obstacle qu'il ne peut surmonter finirait par se rompre.

D. — INFLUENCE DU TRAVAIL SUR LA TUMEUR

Le passage de la partie fœtale ou simplement la pression que cette partie exerce sur la tumeur peuvent la tirailler, la froisser et déterminer des modifications de ses éléments anatomiques, source d'accidents graves (Barnes). Lorsqu'une intervention est pratiquée par le vagin pour extraire le fœtus, forceps, version ou craniotomie, les complications auxquelles sont exposées les tumeurs solides sont encore plus grandes; hémorragie à l'intérieur de la tumeur, sphacèle, gangrène par compression prolongée (obs. VII), hémorragie intra-abdominale par déchirure des adhérences qui fixent la tumeur (Obs. 1). L'exemple démontre qu'on ne peut faire passer impunément, de force, un fœtus à côté d'une tumeur solide (Barnes).

E. — INFLUENCE DE LA TUMEUR SUR LA DÉLIVRANCE

Le plus souvent, le décollement des annexes se fait normalement et la délivrance a lieu comme dans tout autre accouchement. Cependant, lorsqu'une tumeur pelvienne, primitivement réduite, retombe dans le bassin après l'expulsion du fœtus, elle peut gêner la sortie du placenta et nécessiter l'introduction de la main pour l'extraction du délivre (Obs. 1).

F. — QUE DEVIENNENT LES TUMEURS APRÈS L'ACCOUCHEMENT ?

Les statistiques de kystes de l'ovaire montrent que la suppuration de ces tumeurs est fréquente après l'accouchement. La suppuration peut également se déclarer dans les tumeurs solides et Rokitansky (1) a observé la suppuration

(1) Rokitansky. — *Lehrb. d. Pathol. anat.*, 3. Aufl. 3 Bd. p. 424.

d'un fibrome de l'ovaire gros comme un œuf d'oie, après l'accouchement.

Une complication que nous ne trouvons pas notée dans nos observations et sur laquelle nous tenons cependant à attirer l'attention, est la torsion du pédicule. Une tumeur solide de l'ovaire, lorsqu'elle est mobile, est susceptible de se tordre, et il y en a de nombreuses observations rapportées en dehors de la grossesse. Or, la grossesse est une des principales causes de la torsion. En effet, après l'accouchement, la tumeur redescend beaucoup moins vite que l'utérus vers le petit bassin. A ce moment, elle est déplacée en divers sens par la masse intestinale qui quitte elle-même la coupole diaphragmatique. Maintenu seulement par son pédicule aminci, elle bascule sur son pôle le plus lourd et peut alors esquisser un mouvement de torsion qui, une fois commencé, se complètera immédiatement (Bérard.) (1).

Cette influence néfaste de la grossesse et de l'accouchement doit donc pousser à l'intervention, surtout en matière de tumeurs solides de l'ovaire, puisqu'il est démontré que ce sont les tumeurs les plus lourdes qui sont les plus exposées à la torsion. Cette torsion peut se faire brusquement ou lentement; elle se caractérise par une douleur subite violente; si la tumeur est solide, on n'observe pas d'accroissement rapide de la tumeur, comme cela se produit pour les tumeurs liquides. En effet, la tumeur ne présente pas de cavités kystiques susceptibles de se laisser distendre et le seul phénomène qui puisse se produire est une hémorragie intersti-tielle.

(1) Bérard. — De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule, *Gaz. des Hôpitaux*, 1901, n° 55.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

En lisant les observations de tumeurs solides de l'ovaire, on arrive à cette constatation que la plupart du temps le diagnostic n'en a pas été fait, et que l'erreur la plus fréquente a été de les prendre pour des tumeurs de l'utérus. En effet « le diagnostic des tumeurs utérines avec les tumeurs ovariennes est un des obstacles fréquents contre lesquels on se heurte dans la pratique, dont on triomphe souvent facilement, mais qui souvent aussi réclame un examen attentif qui parfois ne peut être élucidé que par une incision exploratrice. » (Spencer Wells) (1).

La présence simultanée d'une grossesse complique singulièrement le diagnostic qui doit porter sur deux points : 1° reconnaître l'existence de la tumeur, 2° reconnaître l'existence de la grossesse. L'examen des faits nous montre que si c'est souvent à l'occasion d'une grossesse que l'accoucheur reconnaît l'existence d'une tumeur qui gêne l'engagement et le travail, souvent aussi la tumeur de l'ovaire peut faire croire à une grossesse qui n'existe pas ou faire méconnaître une grossesse qui existe réellement. C'est surtout au début de la grossesse que le diagnostic est particulièrement délicat. On ne saurait alors se montrer ni trop prudent ni trop patient, le temps seul pouvant permettre d'arriver au diagnostic de grossesse.

(1) Spencer Wells. — *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*. Traduction P. Rodet, p. 441.

A. — LA TUMEUR OVARIENNE EST PRISE POUR UNE GROSSESSE

L'apparition d'une tumeur solide de l'ovaire coïncide assez fréquemment avec la suppression des règles.

En ce qui concerne les fibromes ovariens, l'arrêt de la menstruation est un symptôme qui survient au moment où le néoplasme fait son apparition, c'est-à-dire a acquis un certain volume, ou à l'occasion d'une poussée d'accroissement. La plupart du temps, cette suppression des règles coïncide avec des fibromes ovariens de grandes dimensions, et se montre chez des femmes qui pour la plupart n'ont jamais été enceintes. De même la suppression menstruelle s'observe dans un tiers des cas de sarcome et généralement chez des femmes ayant déjà de gros sarcomes et ayant eu des grossesses antérieures. Enfin les troubles de la menstruation dans les cas de cancer ne présentent rien de spécial et s'il y a arrêt menstruel, cet arrêt est dû le plus souvent à la ménopause.

Il est un fait très précis, c'est que d'une façon générale, la suppression des règles se montre : soit quand la tumeur fait son apparition, soit quand la tumeur présente une véritable poussée aiguë dans son développement. La constatation de ces deux symptômes : arrêt menstruel et développement d'une tumeur, explique la possibilité du diagnostic erroné de grossesse.

L'erreur a été commise dans un grand nombre de cas, surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur de petite dimension. En effet, un petit fibrome de l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas peut, à un examen hâtif, en imposer pour un utérus gravide en rétroversion. On observe, en effet, dans les deux cas, au toucher, à peu près la même disposition : col en avant, tumeur en arrière, des signes de grossesse et

des troubles de la miction et de la défécation. L'examen sous le chloroforme sera indispensable : il permettra de refouler la tumeur, refoulement indiqué, qu'il s'agisse vraiment d'un utérus gravide rétroversé ou d'une tumeur de l'ovaire. Si l'utérus est gravide, on trouvera des modifications de consistance du col, une augmentation de volume de l'organe, qui est devenu lourd et globuleux, un développement manifeste du segment inférieur. S'il s'agit d'une tumeur ovarienne, on trouvera une masse solide, mobile, indépendante de l'utérus dont ni la forme, ni le volume, ni la consistance n'ont changé.

Lorsque la tumeur a acquis un grand développement, deux cas peuvent se présenter :

I. — **L'abdomen contient une tumeur solide volumineuse, sans ascite**

Il arrive assez souvent, comme les observations de Budin, de Dubois, de Couvelaire que nous rapportons, le démontrent, que certaines femmes atteintes de tumeurs ovariennes se croient enceintes.

P. BUDIN. — *Société anatomique*. 1875, p. 658

Tumeur solide de l'ovaire. — Ascite. — Mort

Clarisse H..., 14 ans 1/2, fut amenée par sa mère le 9 août 1875. Cette enfant avait vu depuis le mois de janvier de la même année son ventre augmenter considérablement de volume. Réglée depuis l'âge de 12 ans, elle l'avait été régulièrement, mais l'écoulement sanguin durait longtemps, pendant 10 ou 15 jours. *Depuis le mois d'avril, les règles n'avaient point reparu. En présence de ces symptômes, sa mère craignit une grossesse et ne crut pouvoir mieux faire que de venir consulter une des sage-femmes de la Maternité. Celle qui fit l'examen affirma, malgré les dénégations de la petite fille, qu'il y avait grossesse, et que l'accouchement aurait lieu avant peu. La malade fut placée au dortoir des femmes enceintes pour y attendre le moment de sa délivrance.*

Elle y était depuis 11 jours quand, le 20 août, elle fut admise à

l'infirmerie où le docteur Ferrand la vit. Elle se plaignait d'avoir la jambe gauche œdématisée. La forme et le volume du ventre et les sensations que donnait le palper montrèrent qu'il y avait erreur.

Il n'existait aucun symptôme de grossesse : le ventre était volumineux, les règles étaient supprimées, mais le développement de l'abdomen avait déjà été remarqué en janvier et c'est seulement en mai que les règles avaient cessé de paraître. Il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements, ni picotements ou gonflement des seins. Ces derniers ne présentaient aucune aréole, aucune saillie rappelant les tubercules de Montgomery. Quant au ventre, il était large, étalé ; on y constatait de la matité dans toute la région inférieure, les intestins étaient refoulés en haut. Il n'y avait pas cette forme arrondie, ou mieux ovoïde, proéminente sur la ligne médiane qu'on rencontre dans la grossesse ; c'était au premier abord, la forme de l'ascite. Il existait du reste une fluctuation très nette, très sensible. Au palper, on sentait au milieu du liquide flotter une masse solide qui se portait plus facilement à gauche et se laissait refouler à droite par la pression. Cette masse était arrondie, présentait à sa surface des saillies lobulées et ne donnait aucune des sensations que fait éprouver l'existence d'un fœtus dans l'abdomen. A l'auscultation, on n'entendait ni souffle utérin, ni bruits du cœur du fœtus. Le toucher vaginal qui était peu facile et surtout très pénible pour la malade, permettait de constater l'existence d'un col petit, dur, résistant, conique, d'un véritable col de nullipare. L'abdomen au niveau de l'ombilic, mesurait 99 centimètres de circonférence.

L'œdème du membre inférieur gauche ne paraissait lié ni à une phlébite, ni à une phlegmatia alba dolens ; il n'y avait ni fièvre, ni douleur localisée. Il augmentait ou diminuait à certains jours et semblait plutôt dû, au premier abord, à des phénomènes de compression.

La grossesse n'existant pas, on passa la malade dans un service de chirurgie. Le diagnostic porté fut péritonite tuberculeuse ou cancéreuse, ou tumeur solide de l'ovaire avec ascite.

La malade mourut sans avoir été opérée le 29 septembre.

À l'autopsie on trouve l'abdomen rempli de 12 à 15 litres de liquide sanguinolent. — Il existait une tumeur volumineuse, plus grosse qu'une tête d'adulte, développée aux dépens de l'ovaire gauche. L'ovaire et la trompe droite étaient normaux. Une section faite suivant le grand axe de la tumeur montre qu'elle est formée d'un tissu blanchâtre que la présence de vaisseaux dans son intérieur rend parfois rougeâtre. Au

milieu de ce tissu existent 2 ou 3 poches qui n'ont pas tout à fait le volume du poing et qui sont remplies de détritns et de liquide ; on rencontre surtout un grand nombre de cavités de petites dimensions, d'alvéoles remplies par un liquide muqueux, filant.

C'est surtout en arrière de l'utérus que les rapports des organes avaient été modifiés : le cul-de-sac rétro-utérin avait été considérablement agrandi, le rectum était vide et aplati sur la face antérieure du sacrum, le cul-de-sac péritonéal descendait très bas, jusque sur le plancher du bassin et beaucoup plus bas que le col de l'utérus ; les rapports du péritoine avec la paroi postérieure du vagin étaient donc beaucoup plus étendus qu'ils ne le sont à l'état normal.

COUVELAIRE. — *Soc. d'Obs. de gynécologie et de pédiatrie de Paris*
Séance du 14 oct. 1901

Sur une tumeur solide de l'ovaire (Résumé)

La femme à qui elle fut enlevée est entrée à la clinique Baudelocque le 9 mars 1901. Elle est âgée de 31 ans. Elle a été réglée à 14 ans, toujours irrégulièrement, avec des périodes d'aménorrhée d'une durée de 2 à 3 mois. Elle se marie à 29 ans. Elle n'a jamais eu de grossesse. Ses dernières règles datent de février 1900. *En juin 1900, comme son ventre augmentait de volume et que ses règles manquaient toujours, elle se crut enceinte. En décembre 1900, elle se prépare à l'accouchement, qui ne se produit pas. En mars 1901, lasse d'attendre, elle entre à la clinique Baudelocque.* Pendant tout ce laps de temps, sa santé était restée bonne. Elle n'avait pas maigri, n'avait ni douleurs ni métrorrhagies. Le 9 mars, lors de l'entrée à la clinique, M. Pinard constate que l'utérus, petit, antéfléchi, n'est pas gravide. Le ventre est rempli : 1° par une ascite de quantité moyenne, 2° par une masse dure, bosselée, remontant à 25 centimètres au-dessus de la symphyse.

Le diagnostic porté par M. Pinard fut : tumeur solide de l'ovaire, probablement fibro-sarcome. Au cours de l'opération pratiquée par M. Segond, il s'écoula 2 à 3 litres de liquide ascitique. Il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire gauche, ayant un aspect lisse, bosselée, ne présentant aucune adhérence et offrant un pédicule très allongé et très grêle. La tumeur pèse 3100 grammes. Les annexes du côté opposé sont saines.

A la coupe, la tumeur se présente sous un aspect différent dans les parties centrales et à la périphérie. La périphérie, sur une épaisseur de 3 à 6 centimètres est compacte, dure, d'aspect fibromateux, constituée

par des noyaux blanc-jaunâtre accolés dans un réseau de travées blanches. Le centre est une véritable éponge dont les mailles œdémateuses circonscrivent des géodes remplies d'un liquide citrin ou de caillots hémorragiques.

L'examen histologique pratiqué par M. Couvelaire et qui n'a porté que sur un point de la tumeur, a montré qu'il s'agissait d'un fibromyome de l'ovaire.

Double fibro-sarcome pris pour une grossesse. Obs. in Th. de DUBOIS, p. 38
(Résumée)

Une femme âgée de 30 ans, entre le 20 décembre 1897, à la clinique d'accouchements de l'hôpital de Tours, avec le diagnostic de grossesse gémellaire compliquée d'un état général grave.

1^{er} accouchement en mars 1892. — Dernières règles 25 février-3 mars 1891. La menstruation n'avait jamais cessé d'être régulière.

Un médecin, consulté en juillet, conclut à une grossesse probable. Les proportions de l'abdomen augmentèrent rapidement et l'état général devint mauvais. En décembre, la patiente, surprise de ne pas accoucher, et inquiète de sa situation, entre à la Maternité de l'hôpital de Tours.

Faciès pâle et très amaigri. Les seins ne présentent pas de modifications appréciables. Abdomen très distendu et augmenté en tous sens. Le palper décèle une tension extrême de la paroi abdominale. Toute la région sous-ombilicale est occupée par une masse dure, très régulière en avant, bosselée sur les limites supérieures. Toute une portion arrondie, située dans la fosse iliaque gauche, simule exactement une tête de fœtus à terme. Cette portion se continue vers l'ombilic, par une série de dépressions et de reliefs qui pourraient en imposer pour des membres fœtaux, d'autant mieux qu'au niveau même de l'ombilic, une partie de la tumeur est mobilisable; cette mobilité est d'ailleurs extrêmement limitée : le doigt ne déplace la tumeur qu'autant qu'il appuie à sa surface, il ne peut la projeter, par une impulsion brève, à la façon d'un corps libre flottant dans un liquide.

Aucun mouvement spontané n'est perçu. L'auscultation ne révèle aucun bruit fœtal, ni aucun souffle. La consistance du col utérin est ferme et son volume normal. Il n'y avait donc pas de signes positifs de grossesse et le diagnostic porté fut : tumeur d'origine probablement ovarienne.

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Les tumeurs solides ovariennes présentent, en effet, un certain nombre de points communs avec la grossesse : arrêt de la menstruation, augmentation de volume et modification de forme de l'abdomen, bruits vasculaires, etc.

Dans la grossesse, le développement de l'abdomen se fait toujours d'une façon progressive et régulière, tandis qu'une tumeur qui existe d'une manière certaine depuis 9 mois et qui n'est pas plus grosse qu'un utérus au 4^e ou 5^e mois, ou bien une tumeur qui date seulement de 4 ou 5 mois et qui est aussi volumineuse qu'un utérus à terme, ne sera pas regardée comme un fait de gestation. D'autre part, dans les cas de tumeur, on raconte presque toujours qu'elle a fait son apparition d'un côté et les progrès en sont plus ou moins réguliers suivant la nature, tandis qu'il est exceptionnel de constater des déplacements de l'utérus au début de la grossesse » (Spencer Wells.) (1)

De même, en cas de tumeur, la forme du ventre est irrégulière. Rarement, on observe une tumeur ovoïde, médiane, régulière, légèrement inclinée à droite, comme quand il s'agit de l'utérus gravide. Le plus souvent, la tumeur occupe un des flancs, sa surface est irrégulière, et présente des bosselures, elle est plus dure et plus mobile que l'utérus gravide. A son niveau, on peut entendre, par l'auscultation, un certain nombre de souffles qui ont été étudiés par Routh et Klintock : 1^o transmission des bruits aortiques par la tumeur ; 2^o souffle lié à la compression des gros vaisseaux de la région ; 3^o enfin, un bruit de souffle spécial à certains néoplasmes très vasculaires. Ces bruits vasculaires sont tout à fait différents des bruits que l'on entend au niveau de l'utérus gravide.

D'ailleurs, lorsque l'abdomen est volumineux comme dans une grossesse de 6 ou 7 mois, il est difficile de prendre une tumeur solide ovarienne sans ascite pour une grossesse. On

(1) Spencer Wells. Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, p. 132.

comprend à la rigueur qu'une femme, surtout si elle n'a jamais été enceinte, puisse s'illusionner, mais on ne saurait admettre qu'avec la perception des parties fœtales, des mouvements actifs et des bruits du cœur, le médecin ne puisse faire un diagnostic positif.

II. — **L'abdomen contient une tumeur volumineuse solide ballottant dans le liquide ascitique**

« L'utérus gravide, dit Pajot (1), à partir du dernier tiers de la grossesse, et parfois de la seconde moitié, est la *seule* tumeur abdominale dans laquelle on puisse percevoir nettement la présence de corps solides mobiles dans du liquide. C'est par le palper et le toucher qu'on perçoit la mobilité du corps solide, c'est-à-dire des parties fœtales ou du fœtus tout entier, et ces mouvements ont reçu les noms de ballottement abdominal et vaginal. Ce dernier signe, je le considère pour ma part comme aussi probant que les bruits du cœur et j'ai vu souvent P. Dubois se contenter du ballottement vaginal seul pour affirmer sûrement la grossesse. »

Or, une tumeur solide de l'ovaire est susceptible de déterminer un épanchement ascitique parfois très abondant. Au milieu de ce liquide, la tumeur est parfois mobile et si on la palpe, on peut avoir absolument la sensation que donne une extrémité fœtale ballottant dans le liquide amniotique. Et Pajot reconnaît que le palper seul donne parfois des signes trompeurs, le ballottement abdominal pouvant être plus facilement confondu avec les sensations fournies par certaines tumeurs kystiques du bassin, surtout celles dont les parois épaissies envoient à l'intérieur des prolongements fibreux.

(1) Pajot. — Diagnostic de la grossesse. *Annales de gynécologie*. 1874, tome I, p. 183.

« A partir du 7^e mois, dit Spencer Wells (1), il est souvent possible de tracer les contours du fœtus d'une façon indiscutable. Mais, quand la paroi abdominale est épaisse, il peut arriver que certaines variétés de tumeurs solides de l'ovaire donnent exactement la forme d'un fœtus, une tumeurovarienne entourée de liquide ascitique ou une masse de petits kystes faisant saillie dans un plus grand, peut présenter une mobilité qui ressemble beaucoup aux mouvements du fœtus dans le liquide amniotique. Mais les mouvements actifs du fœtus sont très caractéristiques et tout à fait concluants quand on les perçoit. Cependant, il arrive parfois qu'on ne peut les sentir, même quand l'enfant est vivant, et, à plus forte raison, quand il est mort. »

Mais le ballottement vaginal peut, lui aussi, être produit par une tumeur solide ovarienne située dans le Douglas et entourée de liquide ascitique. L'erreur a été commise par Griffith (Obs. VII), qui, examinant une femme enceinte, trouva, en pratiquant le toucher vaginal, une masse dure, analogue à une tête fœtale, transversale, légèrement aplatie en avant, convexe en bas et en arrière, et paraissant être contenue dans une poche des eaux, une mince couche de liquide l'entourant. Il fit le diagnostic de grossesse extra-utérine concomitante.

Il est donc possible, dans certains cas, qu'une tumeur solide de l'ovaire ballottant dans l'ascite soit prise pour une tête fœtale. Il en résulte que le ballottement ne doit pas être considéré comme signe absolu de grossesse. Cazeaux et d'autres auteurs, l'ont, d'ailleurs, signalé en dehors de la grossesse. Mais, comme le fait remarquer Charpentier, ces faits sont tellement exceptionnels qu'ils ne font que confirmer la règle.

Avec un peu d'attention, il est cependant bien facile d'éta-

(1) Spencer-Wells. — *Loc. cit.*, p. 134.

blir le diagnostic. S'agit-il de tumeur avec ascite, l'absence de signes de grossesse (à part le ballotement), la forme spéciale du ventre et la ligne de matité à concavité supérieure mettront sur la voie du diagnostic. S'agit-il de grossesse, les signes généraux et locaux, particulièrement le ramollissement du col, éclaireront bientôt un médecin attentif.

B. — LA TUMEUR OVARIENNE FAIT MÉCONNAÎTRE LA GROSSESSE

Il existe des cas où la tumeur solide en raison de son grand et rapide développement, et des symptômes de gêne qu'elle occasionne à la malade, attire à elle toute l'attention et fait méconnaître une grossesse qui existe réellement, et Casati (Obs. VI), raconte l'histoire d'une malade atteinte de gros fibro-sarcome de l'ovaire avec ascite chez qui la grossesse ne fut reconnue qu'au cours de l'intervention.

En effet, quand la tumeur occupe la partie antérieure de l'abdomen et refoule en arrière l'utérus, il est, du moins, au début de la grossesse, impossible au médecin de délimiter l'utérus qu'il n'arrive pas à sentir et, d'autre part, impossible à la femme de percevoir les mouvements de l'enfant parce que les parties fœtales ne touchent pas la partie abdominale qui, seule, peut les sentir (Remy). S'il y a arrêt de la menstruation, celui-ci peut être aussi bien mis sur le compte de la tumeur ovarienne, susceptible d'amener des modifications graves de l'état général, que sur le compte d'une grossesse.

Quelque précaution que l'on prenne de rechercher avec soin les différents signes de la gravidité, la grossesse passe souvent inaperçue et n'est reconnue qu'au cours de l'intervention. En matière de tumeurs solides ovariennes, nous avons vu l'erreur commise par Casati, en matière de tumeurs ovariennes en général, il existe un nombre considérable d'ova-

riotomies qu'on a pratiquées alors qu'on n'avait point reconnu la grossesse.

Les phénomènes sympathiques de la gravidité, nausées, vomissements, etc., devraient mettre souvent sur la voie du diagnostic; mais ils peuvent manquer (Obs. VI). Nous avons dit ce qu'il fallait penser de la suppression menstruelle. Les renseignements fournis par le ramollissement du col sont du plus haut intérêt; malheureusement, on ne peut pas toujours les constater, car parfois le col déplacé, refoulé très en haut, soit en avant, soit en arrière, devient très difficilement accessible (Obs. I. Obs. VI. Obs. III).

Le diagnostic de la grossesse, dans ces conditions, peut donc présenter des difficultés insurmontables. Pratiquement, en présence d'une femme atteinte de tumeur solide de l'ovaire, dont les règles sont supprimées, qui présente quelques modifications du col, il vaut mieux ne pas se prononcer ni pour, ni contre la grossesse. Il est bien rare que la situation soit tellement urgente qu'elle commande une intervention immédiate. Un examen gynécologique, pratiqué ultérieurement, pourra donner des renseignements complémentaires : c'est avec le temps qu'on arrivera à parfaire son diagnostic, qui ne pourra être établi d'une façon certaine qu'après 4 mois et demi; auparavant, l'erreur sera très souvent commise.

C. — IL Y A COEXISTENCE DE GROSSESSE ET DE TUMEUR OVARIENNE

Le diagnostic devra porter sur plusieurs points :

1^o reconnaître l'existence d'une grossesse.

2^o reconnaître l'existence d'une tumeur solide de l'ovaire.

3^o faire le diagnostic différentiel des tumeurs ovariennes

avec les tumeurs abdominales, si la tumeur ovarienne est abdominale, avec les tumeurs pelviennes si la tumeur ova-

rienne est pelvienne. Dans le premier cas, c'est par la paroi abdominale, par conséquent par le palper, qu'on trouvera les éléments du diagnostic ; dans le second cas, c'est par le vagin, par conséquent par le toucher, ou mieux par le palper et le toucher combinés.

Lorsqu'une femme, âgée de 20 à 45 ans, c'est-à-dire en pleine période d'activité génitale, vient consulter et se soumettre à un examen gynécologique parce qu'elle souffre du ventre, la première chose à faire est de s'assurer si elle est ou n'est pas enceinte : on recherchera ensuite quelles sont les lésions de l'appareil génital. En pratiquant ainsi, on évitera bien des erreurs grossières, des cathétérismes intra-utérins facteurs d'avortements, des laparotomies pour des tumeurs utérines ou péri-utérines, alors qu'il ne s'agissait que d'une grossesse. Cette règle, pour ainsi dire invariable, trouve son application dans la recherche des grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire.

I. — DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE

1° **La tumeur est abdominale.** — Cliniquement, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien la malade sait qu'elle a une tumeur siégeant dans une des fosses iliaques ; ses règles ont disparu ; elle a eu des nausées, des vomissements, puis peu à peu elle a vu apparaître une seconde tumeur qui s'est développée lentement et progressivement : dans ce cas, le diagnostic de grossesse et tumeur simultanées, est facile.

Ou bien la malade ignore qu'elle a une tumeur, mais suppose qu'elle est enceinte. Dans ce cas, le diagnostic peut être très difficile, parce qu'on peut être appelé à pratiquer l'examen dans des conditions bien différentes.

a) L'utérus gravide et la tumeur constituent deux masses

juxtaposées de l'abdomen (Obs. II). L'inspection montre que les deux tumeurs déterminent deux saillies distinctes : La palpation montre que ces deux tumeurs sont indépendantes l'une de l'autre : Il s'agit de différencier l'utérus gravide de la tumeur.

L'utérus gravide constitue une tumeur lisse, régulière, au niveau de laquelle on sentira les parties fœtales : l'auscultation permettra d'entendre les bruits du cœur de l'enfant ; par le toucher, on reconnaîtra le développement du segment inférieur. on provoquera le ballotement et on appréciera les modifications gravidiques du col. Un autre signe très important est la contraction rythmique de l'utérus. « Si on place, dit Lawson-Tait (1), les mains sur l'abdomen, dans un cas où l'on soupçonne une grossesse et qu'on sente une tumeur fluctuante, cette tumeur deviendra absolument tendue cote p un myome si l'examen se prolonge pendant quelques minutes. Puis la tumeur deviendra de nouveau flasque et fluctuante et cette alternative se fera d'une façon rythmique à des intervalles variables. Une fois que ce signe a été senti et reconnu, je pense qu'il est impossible qu'un observateur puisse être jamais trompé de nouveau par un utérus en état de gravidité. » Ce phénomène de durcissement transitoire avec accentuation de la forme de l'organe au moment de la contraction a une importance capitale au point de vue du diagnostic ; on ne saurait donc apporter trop de soin à la recherche de ce symptôme.

Une fois la grossesse diagnostiquée, il reste à déterminer la nature et l'origine ovarienne de la tumeur abdominale concomitante.

Les tumeurs solides des ovaires constituent dans une des fosses iliaques, une tumeur dure, de volume variable, régu-

(1) Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires, p. 274.

lière ou bosselée, mobile la plupart du temps et mate à la percussion. Indolores habituellement, elles peuvent, lorsqu'elles se compliquent d'adhérences, provoquer des douleurs violentes (Obs. II et IX). Lorsqu'elles sont de nature maligne, elles influencent fâcheusement l'état général (Obs. II, VI). En général, leur diagnostic est très difficile à faire, et elles sont souvent confondues avec d'autres affections.

Les kystes de l'ovaire forment des tumeurs habituellement plus volumineuses que les tumeurs solides. Leur surface parfois unie est souvent irrégulière et bosselée; leur caractère principal est d'être fluctuants. Cependant, lorsque le kyste est multiloculaire, qu'il contient des parties solides, la fluctuation est beaucoup moins nette. On comprendra ainsi pourquoi Spencer Wells (Obs. IV), a pu prendre une tumeur ^{cir-}cuse de l'ovaire avec ascite pour la partie solide d'un kyste multiloculaire rompu. D'autre part, quand la tumeur a contracté des adhérences avec les organes voisins, elle provoque des douleurs telles qu'on peut songer à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Plus tard, lorsque les accidents aigus sont calmés, l'immobilité de la tumeur peut faire songer à une tumeur fibreuse de l'utérus.

Le fibrome de l'utérus compliquant la grossesse simule à s'y méprendre une tumeur ovarienne solide compliquant la grossesse : Dans les deux cas, il y a même développement irrégulier et exagéré du ventre, mêmes irrégularités dans l'accroissement, présence de deux tumeurs juxtaposées. Mais, tandis que la tumeur ovarienne ne se modifie pas sous l'influence des contractions, le fibrome utérin, plus ou moins étalé à l'état de repos, se continuant pour ainsi dire avec les parois de l'utérus, dont il constitue une hypertrophie, devient plus saillant, plus globuleux, plus dur, au moment de la contraction. Un phénomène semblable se produit à chaque contraction, et cela que la tumeur soit sessile ou pédiculée; ce durcissement, au moment de la contraction utérine,

constitue un caractère presque pathognomonique (Lefour) (1).

On pourra également prendre une tumeur ovarienne solide pour une grossesse extra-utérine coexistant avec une grossesse intra-utérine. Cette variété de grossesse gémellaire est excessivement rare. Cependant, dans ce cas, on serait renseigné par les douleurs dues aux adhérences constantes du kyste fœtal extra-utérin, par la constatation de parties fœtales placées très superficiellement et par l'existence de deux foyers de battements fœtaux.

b) Une tumeur ovarienne lorsqu'elle se complique d'ascite et qu'elle coexiste avec une grossesse peut amener une augmentation considérable du volume de l'abdomen et une tension telle de la paroi que l'examen et le diagnostic deviennent particulièrement difficiles. Tel est le cas rapporté par Pinard (Obs. III) où un sarcome de l'ovaire se compliquait d'ascite, d'hydramnios, d'infiltration œdémateuse et de hernie ombilicale.

Dans de pareils cas, le diagnostic doit établir plusieurs points : l'ascite et son origine, l'existence d'une grossesse.

La présence de l'ascite a pour effet d'étaler le ventre latéralement, de déplier la cicatrice ombilicale. La fluctuation se perçoit très facilement dans les parties déclives. La matité est absolue dans les parties latérales et déclives, tandis qu'à la partie supérieure de l'abdomen, on constate un son tympanique. En faisant déplacer la malade, on constatera que la matité se déplacera suivant les différentes positions, et restera toujours limitée aux parties déclives, la sonorité occupant toujours les parties supérieures. Lorsque l'ascite complique la grossesse, la fluctuation reste plus marquée à la partie supérieure qu'à la partie inférieure du ventre et, là encore, le liquide se déplace suivant les mouvements qu'on

(1) Lefour. Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Thèse d'agrégation, 1880; p. 151.

fait exécuter à la femme. D'ailleurs, si l'ascite est en quantité peu considérable, on pourra arriver à sentir les parties fœtales et à percevoir le ballottement.

Lorsqu'on ne trouve ni le ballottement ni les parties fœtales, lorsque la femme ne perçoit pas les mouvements fœtaux, il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence de grossesse. Car, une tumeur solide ovarienne avec ascite peut simuler à s'y méprendre une grossesse avec hydramnios. En effet, l'hydramnios détermine un développement considérable de l'abdomen avec fluctuation et il n'est pas rare de voir manquer les signes de certitude de grossesse. Le signe fourni par les contractions intermittentes de l'utérus gravide, les modifications du col et surtout la perception du ballottement seront excessivement précieux pour fixer le diagnostic.

Supposons établi le diagnostic de grossesse, d'une part, d'ascite de l'autre. Reste à déterminer la cause de cette ascite : Après avoir éliminé les affections du cœur, du foie et des reins susceptibles de la produire, il faudra chercher l'existence d'une tumeur abdominale susceptible de s'accompagner d'ascite. Nous avons déjà vu le rôle important que jouaient dans la détermination de ce processus, les tumeurs solides de l'ovaire.

On arrivera donc à trouver dans une des fosses iliaques, une tumeur dure, mobile, nageant dans le liquide ascitique et pouvant donner la sensation du ballottement. Cette tumeur ovarienne, ballottante, coexistant avec une grossesse pourra faire errer le diagnostic et forcer l'accoucheur à se demander s'il ne s'agit pas d'une grossesse gémellaire. On constate, en effet, les signes suivants : un fœtus placé longitudinalement dont on reconnaît les deux pôles et dont on entend les battements du cœur ; une masse arrondie, mobile, qui peut, il est vrai, ne pas disparaître comme le font les extrémités fœtales au moment des contractions utérines, mais, qui peut, cependant, être prise pour une extrémité fœtale. De même

que dans la grossesse gémellaire, il y a exagération du volume du ventre, qui est déformé et présente plusieurs saillies. Pour établir un diagnostic précis, on devra tenir grand compte des antécédents. La palpation méthodique de chacune des tumeurs fera constater des caractères qui en permettront la différenciation. L'auscultation surtout devra être pratiquée à plusieurs reprises. La perception de deux centres de battements à rythme différent, l'existence très nette de trois extrémités fœtales, l'œdème sus-pubien quand il existe, feront faire le diagnostic de grossesse gémellaire.

2° La tumeur est pelvienne

Les tumeurs solides de l'ovaire lorsqu'elles sont prolabées dans le bassin demandent à être diagnostiquées de bonne heure. Car, en raison de leur situation, de leur consistance, de leur nature, de leurs adhérences, elles sont susceptibles d'être, au moment de l'accouchement, une cause de dystocie insurmontable.

Malheureusement, au début de la grossesse, la malade qui n'est incommodée en rien par sa tumeur ne vient pas consulter. Viendrait-elle, qu'il serait parfois très difficile pour ne pas dire impossible, de diagnostiquer l'existence de la grossesse. Car tantôt la tumeur ovarienne est prise pour un utérus augmenté de volume et on diagnostique grossesse, qui n'existe pas. Tantôt, au contraire, la grossesse est méconnue, par ce fait que la présence d'une tumeur gêne l'exploration de l'utérus et empêche d'apprécier ses modifications.

La présence d'une tumeur complique, en effet, d'une façon singulière, le diagnostic de grossesse. En particulier, il peut être dans certains cas extrêmement malaisé de faire le diagnostic entre un utérus gravide et une tumeur solide de l'ovaire. C'est ainsi que fréquemment chirurgiens et accou-

cheurs font des erreurs de diagnostic, en méconnaissant la grossesse dans des cas de kystes de l'ovaire et de fibromes utérins occupant le bassin. Et la liste serait longue (si on en avait publié tous les cas) d'hystérectomies faites pour de soi-disant tumeurs qui n'étaient que des grossesses. De pareilles erreurs, regrettables à tous les points de vue, seraient facilement évitables, si on voulait bien, comme nous le disions plus haut, lorsqu'on examine une malade qu'on croit atteinte de tumeur et qui n'a pas ses règles, différer toute intervention pendant plusieurs mois. Il ne faut pas vouloir quand même et malgré tout poser un diagnostic. Devant l'impossibilité où on se trouve d'affirmer ou de nier la grossesse, il faut savoir attendre et laisser au temps le soin de faire le diagnostic. Car « pour entreprendre d'établir à un premier examen le diagnostic entre une grossesse au début et une tumeur de l'ovaire qui vient de sortir du bassin, il faut être ou téméraire ou très expérimenté ». (Lawson-Tait.)

Plus tard, apparaîtront les signes de certitude, perception du globe utérin, des mouvements fœtaux, des bruits du cœur, etc., qui affirmeront le diagnostic de grossesse. On ne saurait trop rechercher de signes, et en matière de grossesse compliquée, il vaut mieux en réunir trop que pas assez. Une fois la grossesse établie, il faudra déterminer la nature de la masse qui, à première vue, en impose parfois pour un utérus gravide. Nous dirons alors des tumeurs solides ovariennes, ce que nous disions de la grossesse au début : que le diagnostic en est très difficile. On peut, à la rigueur, formuler le diagnostic de tumeur solide, mais il est presque impossible d'arriver à la certitude quand il s'agit de déterminer si cette tumeur solide appartient aux annexes ou si elle est en connexion avec l'utérus. Il n'y a pas de signes pathognomoniques des tumeurs solides de l'ovaire ; on ne pourra donc arriver à établir qu'un diagnostic de probabilité.

Lorsque la malade qui est atteinte de tumeur ovarienne

engagée dans l'excavation, arrive à une époque avancée de sa grossesse, il est bien rare qu'elle n'éprouve pas des symptômes qui attirent son attention : malaises, douleurs de reins, gêne de la respiration, troubles de la miction et de la défécation. C'est en effet, à ce moment de la grossesse, quelquefois même au début du travail que le médecin est appelé à examiner la malade. Dans ce cas, la grossesse étant évidente, on n'a qu'à rechercher la cause des malaises, et à reconnaître l'existence et la nature d'une tumeur pelvienne.

La lecture des observations que nous rapportons montre combien il est difficile de faire le diagnostic de tumeur solide ovarienne plongeant dans le bassin. En effet, dans les 5 cas où la tumeur ovarienne par son siège, était une cause de dystocie, une seule fois le diagnostic fut fait (Obs. VIII). Dans les autres cas, on a diagnostiqué fibrome de la paroi postérieure de l'utérus (Obs. I), tumeur juxta-utérine (Obs. III), tumeur osseuse (Obs. V), grossesse extra-utérine (Obs. VII). Nous estimons donc qu'il y a intérêt à chercher, dans l'étude des symptômes, les éléments du diagnostic des différentes variétés de tumeurs pelviennes susceptibles de compliquer l'accouchement.

L'erreur la plus fréquente consiste à confondre les tumeurs solides de l'ovaire et les fibromes de l'utérus, en particulier, ceux du segment inférieur et de la face postérieure. L'extrême fréquence des fibromes utérins comparée à la rareté des tumeurs ovariennes solides explique pourquoi l'on passe souvent à côté du diagnostic. Le toucher fait reconnaître une masse dure, arrondie, quelquefois bosselée, faisant intimement corps avec l'utérus, et par conséquent se mobilisant avec lui. Or, un des symptômes capitaux des tumeurs ovariennes est d'être indépendantes de l'utérus. Cependant, ce signe n'est pas suffisant pour permettre un diagnostic ferme, car les fibromes utérins lorsqu'ils sont sous-péritonéaux et pédiculés, sont également mobiles, indépendants de l'utérus

et séparés de lui par un sillon de démarcation profond. Dans ce cas, le diagnostic est absolument impossible.

La dilatation sacciforme de l'utérus, qu'elle soit due à une antéflexion de l'utérus ou à un défaut de développement de la paroi antérieure est susceptible d'être confondue avec une tumeur solide de l'ovaire. Mais il s'agit d'une affection fort rare, dont le diagnostic est facile si le médecin l'a vu se former et se développer pendant la grossesse. Au contraire, lorsque la malade se présente seulement au moment du travail, « il ne faut pas se hâter de se prononcer et une investigation très complète doit être entreprise si on ne veut pas s'exposer à commettre des erreurs. Il faut, après avoir endormi les malades, introduire toute la main aussi haut que possible, refouler la tumeur si on le peut, reconnaître si elle est due à une partie fœtale ou si elle a une origine différente. Le toucher rectal ne doit pas être négligé ; il fournira des renseignements utiles sur la nature et le point de départ de la tumeur. L'exploration par l'abdomen a aussi son importance (1) (Depaul).

En dehors du travail, *le diagnostic des kystes de l'ovaire* à type pelvien est généralement facile. On trouve dans le cul-de sac postérieur du vagin une tumeur élastique, régulière, non douloureuse, et mobile. Parfois elle présente de la fluctuation manifeste et dans ce cas, le diagnostic ne présente pas de difficulté. Si on se trouve au début de la grossesse, à une époque où l'utérus est encore peu développé, l'exploration par le palper et le toucher combinés permettra de trouver une tumeur présentant les caractères que nous venons d'énoncer et qui, de plus, est complètement indépendante de l'utérus, non mobilisable avec cet organe. Mais pendant l'accouchement, la fluctuation peut manquer, surtout au

(1) Depaul. — Etude sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse. *Archives de Tocologie*, 1876.

moment des contractions de l'utérus et c'est alors qu'il est fréquent de prendre un kyste de l'ovaire pour une tumeur solide.

L'erreur est également difficile à éviter lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire à parois très épaisses donnant au kyste la consistance d'une tumeur dure au niveau de laquelle on ne peut plus percevoir de fluctuation. Quant au kyste multiloculaire, il a pour lui l'inégalité de consistance des bosselures de sa surface, tandis que les lobes de la tumeur ovarienne solide sont de consistance uniforme, à de rares exceptions près, où, par exemple, quelques points ramollis ou de petits kystes faisant partie de la tumeur s'offriront au doigt vaginal pressant sur le pôle inférieur du néoplasme, tandis que la main abdominale appuyant sur son pôle supérieur perçoit des lobes durs et résistants (Dartigues).

Si le kyste est inclus dans le ligament large, la tumeur est fixe, enclavée et immobile: elle fait saillie dans le cul-de-sac vaginal correspondant, et repousse l'utérus du côté opposé et en avant contre la face postérieure de la symphyse.

Le diagnostic des *kystes dermoïdes de l'ovaire* est, d'une façon générale, difficile à affirmer. Hormi les cas où le kyste se rompt spontanément, donnant issue à de la matière dermoïde, des poils, des dents, etc., et les cas où une ponction exploratrice renseigne sur la nature du kyste, le diagnostic est tout à fait problématique. Ces kystes présentent cependant un certain nombre de caractères cliniques leur appartenant en propre (Le Sourd Emile. *Th. de Paris*, 1894). D'abord, en examinant la tumeur, on peut parfois constater quelques particularités de consistance: la présence de certaines parties fluctuantes et d'autres solides, la sensation de dureté, d'irrégularités, de nodules cartilagineux et osseux. C'est ainsi que Giralès, cité par Le Sourd, a pu diagnostiquer deux fois des kystes dermoïdes en se basant sur cette

consistance spéciale : sensation de parties dures avec, en d'autres points, des zones circonscrites de fluctuation. D'autre part, les kystes dermoïdes de l'ovaire se verraient surtout dans la jeunesse : mais en réalité, on en voit à tout âge. Leur volume est généralement petit : il y en a cependant d'énormes. Ils subissent un arrêt de développement au bout d'un certain temps. Enfin, d'après Lawson-Tait, ils sont la plupart du temps douloureux. Mais de tous ces caractères, aucun pris isolément n'est suffisamment caractéristique et ne permet à lui seul d'asseoir le diagnostic. Par contre, la réunion de plusieurs de ces caractères a davantage de valeur et Tillaux attache une grande importance au syndrome constitué par les trois caractères suivants : petit volume, évolution lente, douleurs (Lewy et Guéniot) (1).

Les kystes hydatiques du bassin ont généralement une longue durée. Ils se distinguent de la plupart des tumeurs pelviennes, par ce fait qu'ils n'occasionnent pas de douleurs : aussi, ce sera le plus souvent à l'occasion d'un accouchement, que la présence du kyste rendra difficile ou impossible, qu'on prendra connaissance de ces tumeurs. Celles-ci sont ordinairement lisses, arrondies, quelquefois irrégulières et mamelonnées quand elles sont multiples. Sans être complètement immobiles, leur mobilité est cependant très peu marquée. Il est rare de constater à leur niveau le frémissement hydatique. Enfin tous les auteurs ont insisté sur leur dureté spéciale qui ne fait qu'augmenter au moment du travail et donner davantage à ces kystes les caractères des tumeurs ovariennes solides. Cette dureté s'explique facilement par leurs caractères anatomiques : leur paroi est constituée en effet par 2 membranes, la membrane d'enkystement et la membrane propre de l'hydatide. De plus, ils contiennent

(1) Lewy et Guéniot. — Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Revue de Gynécologie de Pozzi*. 1902. p. 247.

fréquemment à leur intérieur des kystes plus petits, des hydatides filles de première ou de deuxième génération. Dans ces conditions, on comprend que la fluctuation doive être très obscure, sinon nulle (Porak) (1). En dehors de la ponction exploratrice qui donne issue à un liquide limpide comme de l'eau de roche et véritablement pathognomonique, le moyen le plus sûr pour arriver à établir le diagnostic est de rechercher s'il n'existe pas ailleurs, en un point quelconque de l'organisme, un autre kyste de même nature. C'est en effet, un caractère anatomique particulier aux kystes hydatiques que d'être ordinairement multiples. A défaut de la constatation d'un autre kyste siégeant ailleurs que dans le bassin, la constatation d'une cicatrice, reliquat d'une laparotomie ancienne, faite pour un kyste hydatique, sera d'un utile secours.

Car, au cours des interventions pratiquées sur les kystes hydatiques, quelques précautions que l'on prenne, il arrive fréquemment que du liquide hydatique contenant des crochets d'échinocoques pénètre dans le péritoine qu'ilensemence généralement dans les parties déclives, c'est-à-dire au niveau du bassin et on assiste ultérieurement au développement d'un nouveau kyste hydatique. C'est par ce mécanisme que se développa chez une malade que nous vîmes à la Maternité de Tenon, avec M. Boissard, un kyste hydatique du bassin compliquant l'accouchement (2). Les commémoratifs nous en facilitèrent le diagnostic.

Les tumeurs des trompes et en particulier les fibro-myomes sont d'un diagnostic difficile. En effet, leurs signes n'ont rien de net: leurs caractères cliniques sont variables. Dans certains cas, on trouve au toucher une tumeur juxta-utérine,

(1) Porak. — Kystes hydatiques compliquant l'accouchement. *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1884, p. 475.

(2) Boissard et Condert. — Dystocie par kyste hydatique du bassin. Communication à la société d'obstétrique de Paris. Novembre 1900.

ferme, bosselée, indolente à la pression, unilatérale et fixe ; dans d'autres cas au contraire, la masse est mobile ou même ballottante (Quenu et Longuet) (1) ; ces tumeurs sont ordinairement prises pour des tumeurs solides de l'ovaire ou pour des fibromes pédiculés de l'utérus : telles sont les observations de Schwartz (2) et de Le Dentu.

Le diagnostic des *fibromes du ligament large* est important à préciser en raison des nombreuses complications qu'ils peuvent amener au moment de l'accouchement (Obs. de Hecker et Buhl — Léopold — Karstrom — Frommel — Gary — Guinard — Douglas — Spinelli — Varnier). Le début est ordinairement silencieux. Plus tard, surtout quand le néoplasme offre un développement pelvien, il donne des symptômes avant même d'atteindre de grandes dimensions : la douleur et souvent aussi les phénomènes de compression en sont les signes prémonitoires, signes qui poussent la malade à aller consulter le chirurgien. Ces tumeurs, surtout celles qui occupent l'étage inférieur du ligament large, sont bridées par ce ligament, remplissent le bassin et, ne pouvant plus franchir le détroit supérieur, s'enclavent. Leur forme est régulière ou irrégulière ; leur volume varie à l'infini ; ils donnent au doigt la sensation d'un tissu ferme et élastique. Par le toucher vaginal on reconnaît une masse qui bombe plus ou moins dans l'un des culs-de-sac, parfois dans les deux, ou qui fait saillie sur les parties latérales du vagin. Le col est refoulé soit en avant et en haut derrière la symphyse, soit latéralement, le plus souvent en un point opposé au siège de la tumeur ; quelquefois le col est remonté si haut qu'il est complètement inaccessible (Stroheker) (3).

L'ostéo-sarcome du bassin, dont l'évolution est si fâcheuse-

(1) Quénu et Longuet. — Des tumeurs des trompes. *Revue de chirurgie*, 1901 n° 10 et 12.

(2) Schwartz. — Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale de Paris. 1890.

(3) Stroheker. — Les fibromes du ligament large. Thèse de Paris 1902.

ment influencée par la grosseur, constitue dans le cul-de-sac postérieur une masse dure, quelquefois élastique ou même fluctuante qui est absolument immobile parce qu'elle fait intimement corps avec l'os sous-jacent. Le toucher rectal montre que le rectum est repoussé à droite ou à gauche par cette masse qui est le plus souvent bosselée et irrégulière et acquiert rapidement un volume considérable. Cette tumeur présente dans certains cas de la crépitation parcheminée qui indique un sarcome central.

Les enchondrômes intra-pelviens peuvent rester longtemps méconnus, car, indolents par eux-mêmes, ils ne provoquent que des phénomènes de compression peu accentués, quelques douleurs dans les lombes et une certaine gêne de la marche. Ils constituent des tumeurs fixes et fortement adhérentes qui conservent une très grande dureté tant qu'elles ont conservé un volume médiocre, qui présentent des bosselures ramolles, quand leurs dimensions sont devenues plus considérables. Leur surface est toujours inégale, mamelonnée et rugueuse.

La rétention des matières fécales dans le rectum prise pour une tumeur solide de l'ovaire est une erreur très facile à éviter, surtout si l'on est bien persuadé de la nécessité qu'il y a de procéder à l'évacuation des réservoirs avant d'entreprendre quelque opération que ce soit, obstétricale ou autre, sur un organe du bassin.

Exceptionnellement, le phlegmon du ligament large et certaines lésions suppurées annexielles très anciennes, peuvent acquérir une dureté et une consistance telles que ces caractères joints à leur siège pelvien pourront dans quelques cas faire penser à une tumeur de l'ovaire.

Nous éliminerons, sans les discuter, les tumeurs du foie, de la rate, des reins et de l'épiploon qui très rarement viennent se prolaber dans l'excavation. Pareil diagnostic ne peut être porté qu'après laparotomie.

Nous ne citerons qu'à titre de curiosité l'observation d'un cas d'obstacle insolite à l'accouchement rapporté par Saks (1). Il s'agissait d'une primipare de 38 ans, admise à l'hôpital, alors que les douleurs avaient commencé. Par le toucher vaginal, on arrivait sur une tumeur dure, tendue, immobile qui remplissait tout le vagin et se continuait vers la cavité abdominale. C'est à peine si l'on pouvait insinuer un doigt entre cette masse et la paroi antérieure du vagin et atteindre l'orifice du col utérin. Le toucher rectal montra que la tumeur comprimait complètement le rectum. Le diagnostic porté fut kyste de l'ovaire prolabé par suite des contractions de la matrice et venant obstruer le vagin. La laparotomie fut faite, l'utérus amené au dehors, et on retira du cul-de-sac postérieur une portion de gros intestin extrêmement distendue et presque noire; il s'agissait d'un volvulus de l'S iliaque. On pratiqua l'opération césarienne. La malade mourut.

D. — LA TUMEUR OVARIENNE EST PRISE POUR UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Il semblerait qu'il fut facile de différencier une tumeur ovarienne d'une grossesse extra-utérine. En réalité la confusion est fréquente puisque, dans nos observations, nous trouvons cette erreur de diagnostic faite deux fois.

C'est ainsi que Veyssièr a rapporté en 1872 à la Société anatomique l'observation d'une tumeur fibreuse de l'ovaire prise pour une grossesse extra-utérine. Ordinairement, les tumeurs fibromateuses de l'ovaire sont lisses et régulières; elles peuvent cependant parfois être bosselées et présenter à leur surface des sillons dont l'entrecroisement peut simuler les sutures du crâne et les fontanelles. C'est donc dans

(1) Saks. — *J. Gaz. lekarska*, 26, sept. 1903.

l'examen de l'utérus et dans l'étude des caractères fournis habituellement par le kyste fœtal qu'il faudra chercher les éléments du diagnostic différentiel.

VEYSSIÈRE. — *Société anatomique*, 1872. p. 624.

Tumeur fibreuse de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine.

Une femme de 49 ans entra le 29 mai 1870, dans le service Siredey à Saint-Antoine.

Cette femme d'une bonne santé habituelle avait toujours été bien réglée ; elle avait eu 2 enfants et fait 2 fausses-couches. Depuis 2 ans sa menstruation était devenue moins régulière et à partir du mois de janvier elle avait complètement cessé de voir ses règles. Durant ces cinq mois, elle n'avait eu ni pertes blanches, ni métrorragie, mais elle éprouvait constamment des douleurs dans le ventre et dans les reins. En même temps, elle avait remarqué que son ventre grossissait et d'après tous ces indices, se croyant enceinte, elle entra à l'hôpital pour y accoucher.

La malade, lors de son arrivée, présentait en effet tous les signes apparents d'une grossesse avancée. L'abdomen développé et proéminent, était mat dans toute la région sous-ombilicale. Une sorte de fluctuation obscure existait au niveau de l'hypogastre. La paroi abdominale distendue laissait difficilement sentir le corps de l'utérus.

Les seins ne présentaient aucune modification de forme et de volume.

Le col utérin, situé à gauche et appliqué contre le pubis, offrait une consistance et un volume anormal, son orifice n'était pas entr'ouvert. Par contre, à droite et en arrière, on sentait une tumeur grosse comme une orange, parfaitement distincte du col dont elle était séparée par un sillon profond. Cette tumeur engagée dans l'excavation, était immobile, dure, résistante. Le doigt explorateur y distinguait 2 sillons, l'un transverse, l'autre vertical, dont l'entrecroisement donnait exactement la sensation que produit au toucher la fontanelle postérieure. Le toucher rectal fit voir que la tumeur dépendait bien de l'utérus et de ses annexes.

M. Lorain et M. Siredey n'hésitèrent pas à porter le diagnostic de *grossesse extra-utérine*.

Dans la journée, la malade éprouve des douleurs vives dans l'abdomen ; elle crut que le travail commençait et demande qu'on la descende dans la salle d'accouchement. Quelques heures plus tard, elle était plus mal et l'on ne pouvait méconnaître les symptômes d'une péritonite qui l'enleva le lendemain soir.

A l'autopsie, péritonite généralisée récente. Un filet de pus sortait d'une perforation sur une poche volumineuse occupant le tiers inférieur de l'abdomen. Cette poche reposait sur une masse d'aspect fibreux, trilobée qui ne mesurait pas moins de 35 centimètre de diamètre. Elle envoyait par sa partie inférieure un prolongement sphérique, sillonné par 2 dépressions réciproquement perpendiculaires, et qui plongeait dans le bassin, en arrière et à droite de l'utérus. C'était cette disposition qui donnait pendant la vie la sensation d'une tête de fœtus.

L'ovaire droit, que l'on chercha en vain, paraissait absorbé par la tumeur : la trompe droite adhérait par son extrémité ovarique à la partie moyenne de la tumeur ; l'ovaire gauche était sain, et l'utérus, de volume normal, ne contenait pas de corps fibreux.

A l'œil nu, le tissu de la tumeur était blanc, nacré, résistant, assez peu vasculaire. On pouvait y voir une série de couches concentriques et des alvéoles inégalement étendues contenant une substance blanche translucide. En résumé la tumeur avait absolument l'aspect des myomes de l'utérus et l'examen histologique par M. Ravvier, est venu confirmer ce résultat.

Lorsqu'il y a tumeur solide de l'ovaire sans grossesse, l'utérus n'a subi, généralement, aucune modification de volume. Il est seulement plus ou moins déplacé, plus ou moins difficilement accessible, surtout si la tumeur occupe le bassin ; le col ne présente pas de modifications. Les phénomènes sympathiques de la grossesse n'existent pas. Au contraire, s'il y a grossesse extra-utérine, l'inspection de l'abdomen fait reconnaître, suivant les cas, la présence d'une seule ou de deux tumeurs. Lorsqu'il n'y a qu'une tumeur, celle-ci ne présente pas du tout l'aspect de l'utérus gravide : sa forme, sa direction et son siège sont extrêmement variables. Quand il y a deux tumeurs, l'une présentant les caractères que nous venons d'énoncer est le kyste fœtal, l'autre est l'utérus, toujours hypertrophié.

Le palper délimite une tumeur immobilisée et fixée, ordinairement, dans le bassin par adhérence du kyste fœtal avec les parties voisines ; près d'elle, au voisinage de la symphyse, on sent l'utérus augmenté de volume, tantôt accolé à la

tumeur, tantôt distinct d'elle. Par le toucher vaginal, on trouve le col utérin déplacé, porté généralement en avant et en haut derrière la face postérieure de la symphyse ; son ramollissement sans être jamais aussi accusé, ni aussi complet que dans la grossesse utérine, n'en existe pas moins. Le doigt qui explore le bassin, trouve que « le kyste fœtal plonge plus ou moins dans l'excavation sous forme de tumeur tantôt régulière comme le segment inférieur, tantôt irrégulière et de consistance inégale. L'engagement, la forme et la consistance de la tumeur sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique, l'attitude du fœtus et le lieu d'insertion du placenta. Donc, tantôt la tumeur est profondément engagée, lisse, régulière, recouverte d'une paroi mince permettant de sentir au travers les caractères de la région fœtale (sutures ou petites parties), tantôt elle est moins engagée, irrégulière, de consistance inégale et d'épaisseur telle que le doigt, même en déprimant fortement, ne peut arriver à percevoir nettement aucune partie fœtale. Presque toujours, dans ce cas, le placenta est dans le petit bassin. » (Pinard) (1).

Lorsque l'enfant est vivant, le diagnostic est relativement facile et l'on perçoit rapidement les deux pôles du fœtus et la rénitence du liquide amniotique en même temps que l'on constate la superficialité des parties fœtales. Par l'auscultation on entend les battements du cœur du fœtus avec leur rythme normal et un souffle continu avec renforcement, non constant, paraissant produit par le développement du placenta sur la paroi antérieure du kyste fœtal (Pinard). Quand l'enfant est mort, le palper devient plus difficile : on peut encore percevoir pendant un certain temps le ballottement, puis bientôt la crépitation osseuse produite par le chevauchement des os du crâne les uns sur les autres.

Enfin, en pratiquant le cathétérisme digital intra-utérin,

(1) Pinard. — Clinique Obstétricale, p. 218.

on se rendra compte d'une façon infaillible du siège extra-utérin de la grossesse.

Dans une autre catégorie de faits, une femme enceinte peut avoir une tumeur solide ovarienne qui sera prise pour une grossesse extra-utérine. Tel est le cas rapporté par Griffith (Obs. VII) où une tumeur fibreuse de l'ovaire fut prise pour la tête d'un fœtus extra-utérin : un sillón simulant la suture sagittale, la forme de la tumeur, la présence d'ascite autour de la tumeur, permettant au doigt explorateur de la mobiliser et donnant ainsi l'illusion d'une tête fœtale ballottant dans le liquide amniotique, furent cause de l'erreur de diagnostic. Evidemment, les observations de grossesse extra-utérines et intra-utérines simultanées existent, mais les cas de cette variété de grossesse gémellaire sont fort rares et Brown (1) n'a pu en réunir que 24 cas. Cependant depuis le mémoire de Brown, d'autres observations en ont été publiées, en particulier, par Meyer, Geyl, Morrisson, Hagens, et J. Moorhead, etc.

C'est surtout par la perception de deux centres de battements fœtaux distincts, et non isochrones au pouls de la mère qu'on arrivera au diagnostic. En cas de mort de l'un des fœtus, en particulier du fœtus extra-utérin, le diagnostic sera des plus difficiles à établir.

En effet, la grossesse extra-utérine peut se terminer de 3 façons différentes. Ou bien le fœtus est emprisonné à l'étroit dans la cavité tubaire et la rupture sera la conséquence fatale de la distension progressive et exagérée de la trompe par l'œuf. Ou bien, et cela dans les grossesses abdominales, le fœtus trouvant peu de résistance dans les parties voisines qu'il peut refouler, l'œuf pourra se développer plus

(1) Brown. — Grossesses gémellaires intra et extra-utérines combinées. Gynecological transaction, vol. vi, 1882. Traduction par Rodet, in. Annales de Gynécologie, 1883. t. xix. p. 48.

facilement : la rupture dans ce cas sera plus rare et la grossesse pourra parfois arriver à terme.

Dans un 3^e ordre de faits, le fœtus extra-utérin, en raison des conditions anormales dans lesquelles il se développe peut mourir. Il y a alors rétention qui s'accompagne ou non d'accidents. Le kyste fœtal subit ensuite des modifications telles que : résorption du liquide amniotique, rétraction du kyste, dégénérescence adipocireuse, momification ou calcification du fœtus : il en résultera la formation d'une tumeur plus ou moins volumineuse à siège abdominal ou pelvien, dure, pierreuse. Cette tumeur, si la malade redevient enceinte, pourra être une cause de dystocie et quelquefois mettre un obstacle insurmontable à l'accouchement. Chambry de Boulaye cité par Puchelt (*in comment. de tum. in pelvi partum imped.*, 1840 p. 155) et Danyau (*Arch. de méd.*, 3^e série t. XIII, p. 476), a rapporté l'observation d'une femme qui présentait une tumeur résultant probablement d'une grossesse tubaire ancienne, laquelle tumeur obstruait le bassin au point de rendre un accouchement ultérieur impossible. Bossi (1) et Müller (2) ont rapporté des observations analogues. Il faut avoir connaissance de ces faits pour ne pas prendre ces cas de rétention de fœtus extra-utérin mort, avec des tumeurs ovariennes solides enclavées dans le bassin et adhérentes. Les commémoratifs mettront le plus souvent sur la voie du diagnostic. En effet, ou bien la mort du fœtus se produira dans les premiers mois de la gestation extra-utérine et alors, les symptômes de grossesse ayant été peu nets, le diagnostic restera incertain : si une grossesse survient ultérieurement, et que cette grossesse soit compliquée par une tumeur, reliquat de l'ancienne grossesse extra-utérine, on restera dans l'incertitude quant à la nature de cette tumeur.

(1) Bossi. — Schmidt's Jahrb. 1869 et 1875.

(2) Müller. — Charit. Annalen. 2^e année. 1875. Berlin 1877. p. 395.

Au contraire, si le fœtus meurt après que les signes de certitude auront permis d'affirmer la grossesse, on verra ordinairement se produire les phénomènes habituels constatés quand le fœtus meurt et est retenu dans la cavité utérine. Ici, les renseignements fournis par la malade qui affirmera avoir été enceinte, seront du plus utile secours pour le diagnostic.

Quant à la grossesse extra-utérine, rompue, et enkystée dans le cul-de-sac de Douglas, constituant une hématocele rétro-utérine, sa coexistence avec une grossesse est fort rare, en raison de sa disparition possible par résorption spontanée. Elle constitue une tumeur rétro-utérine, dure, ligneuse, immobile et adhérente. Ses dimensions sont rarement considérables. Son apparition a été précédée de symptômes de grossesse au début et accompagnée au moment de la rupture par des symptômes d'hémorrhagie interne grave, de la douleur, et du shock auxquels ont succédé les phénomènes d'enkystement.

Quelle est la nature de la tumeur solide ?

La plupart du temps, le diagnostic est hésitant, du moins pendant une longue période de l'évolution de ces tumeurs. Il semblerait, *à priori*, que les modifications de l'état général fussent un élément de diagnostic des tumeurs malignes. Mais il est bien des tumeurs malignes de l'ovaire qui retiennent peu sur la santé générale et, en revanche, des tumeurs bénignes peuvent amener des modifications profondes de la santé. La consistance spéciale du fibrome, la mollesse du sarcome et la dureté du cancer constatés par le toucher vaginal, peuvent être d'un utile secours pour le diagnostic, mais malheureusement ces caractères sont loin d'être pathognomoniques (Dartigues). On a tendance à considérer l'ascite comme étant un phénomène capital et constant dans les tumeurs malignes abdominales en général ; il semblerait donc qu'il dût en être de même dans les cancers de l'ovaire.

Or, si l'ascite est la règle dans les néoplasmes malins de l'ovaire, il est des cas où elle manque. D'ailleurs, le fibrome de l'ovaire, qui est le type des tumeurs bénignes, peut s'accompagner aussi d'ascite, et Castelnau considère même ce symptôme comme constant. Cette variété dans les symptômes explique pourquoi, dans l'immense majorité des cas, il n'est pas possible de faire le diagnostic de la nature du néoplasme. C'est seulement à la période ultime des cancers lorsque la cachexie est avancée, que les œdèmes et la phlébite ont envahi les membres inférieurs, lorsque l'état de dénutrition est profond, que le diagnostic de malignité s'impose.

Cependant, chacune des variétés de tumeurs solides de l'ovaire a quelques symptômes particuliers qui, dans une certaine mesure, pourront guider le diagnostic. Le fibrome de l'ovaire a une évolution lente, il modifie peu ou point l'état général. Pour les uns, il ne détermine pas d'ascite, pour d'autres, au contraire, celle-ci est constante. C'est une tumeur indolente, de consistance très dure ; sa configuration extérieure est lisse plutôt que bosselée ; le plus souvent, elle est mobile et indépendante de l'utérus.

Le sarcome évolue plus rapidement, détermine un amaigrissement progressif et s'accompagne fréquemment d'ascite. Sa consistance est moins ferme que celle du fibrome et sa surface plus souvent irrégulière et bosselée. La disparition de la mobilité et l'enclavement sont des phénomènes plus hâtifs. Mais les troubles de compression, vasculaire ou viscérale, ainsi que l'altération de la santé générale, tout en se manifestant d'une façon plus précoce que dans les cas de fibrome, sont encore des signes assez tardifs (Dartigues).

Le cancer non végétant débute, en général, après la ménopause. L'ascite est fréquente et l'évolution rapide. Dans les cas types, on observe des douleurs intolérables par infiltration de voisinage, des œdèmes, de la cachexie et des modifications profondes de l'état général.

Bien entendu, certaines variétés rares, telles que l'enchondrome ne peuvent guère être que soupçonnées. L'endothéliome est très rare; Dartigues lui reconnaît une grande importance pronostique. La tumeur est, le plus souvent, unilatérale; les symptômes physiques sont peu caractéristiques; l'ascite est assez fréquente. Les phénomènes subjectifs consistent le plus souvent en douleurs dans le bas-ventre, plus ou moins bien localisées, à droite ou à gauche du plan médian.

La tumeur est-elle mobile ou adhérente? — Toutes ces tumeurs, qu'elles soient abdominales ou pelviennes, arrivent à un moment donné de leur évolution à contracter des adhérences avec les organes voisins. Généralement les tumeurs bénignes, lorsqu'elles sont petites, sont libres et mobiles; mais, plus tard, lorsqu'elles sont devenues volumineuses, elles peuvent, d'après le processus bien décrit par Waldéyer, perdre leur épithélium, ou provoquer, par leur simple présence, de l'irritation du voisinage, d'où la production de poussées de péritonite partielle dont le résultat se traduit par des adhérences. Les tumeurs malignes adhérent au contraire aux organes voisins, par un processus différent d'infiltration des tissus.

Par le palper abdominal, il est généralement facile de s'assurer de la mobilité de la tumeur. Par le toucher vaginal, en cas de tumeur pelvienne, si on arrive à mobiliser la tumeur, à la soulever et à la repousser au-dessus du détroit supérieur (en dehors du travail bien entendu) on peut conclure que la tumeur n'est pas adhérente ou du moins ne présente que des adhérences lâches. Cette notion de mobilité est d'une importance capitale.

En effet, outre qu'elle nous renseigne dans une certaine mesure sur la bénignité ou la malignité de la tumeur, elle nous indique : au point de vue opératoire, que l'opération

est facile; au point de vue obstétrical, que l'accouchement n'est pas impossible puisque l'obstacle pourra être levé momentanément pour permettre le passage du fœtus.

Quel est l'ovaire aux dépens duquel la tumeur est développée? — Nous avons vu combien il était difficile, d'une part, de séparer les tumeurs de l'ovaire des tumeurs développées aux dépens des autres organes du bassin, et combien, d'autre part, il était parfois difficile, en présence d'une tumeur ovarienne, de dire si cette tumeur était solide ou liquide.

Est-il possible de dire quel est l'ovaire qui est le point de départ de la tumeur? Deux cas sont à considérer, suivant que la tumeur est à évolution abdominale ou à évolution pelvienne.

Lorsque la tumeur est située dans l'abdomen, et est placée sur un des côtés de l'utérus gravide, il est facile de reconnaître que la tumeur a pour siège l'ovaire situé du même côté qu'elle (Obs. II.). Le diagnostic peut donc, dans certains cas, n'offrir aucune espèce de difficulté.

Il n'en est pas de même, en ce qui concerne les tumeurs ovariennes enclavées dans le bassin et accolées à la face postérieure de l'utérus. Pour celles-là, il est impossible de déterminer aux dépens de quel ovaire elles se sont développées. Qu'elles soient réductibles ou fixes, on ne saurait avoir la prétention de sentir le pédicule de la tumeur et de lui assigner une origine droite ou gauche. L'utérus gravide, par son volume, gêne d'ailleurs singulièrement l'exploration et empêche de percevoir les rapports abdominaux de la tumeur.

Il semblerait qu'après l'accouchement, alors que l'utérus a diminué de volume, et en profitant du sommeil anesthésique, on pût mieux se rendre compte du point de départ de la tumeur. Une malade que nous avons observée (Obs. I.) avait une tumeur enclavée dans le bassin, diagnostiquée

fibrome de l'utérus. Cette tumeur fut réduite au cours de l'accouchement, et, sous chloroforme, on put se rendre compte qu'il s'agissait en réalité d'une tumeur solide de l'ovaire. Cette tumeur dure, mobile, indépendante de l'utérus, et immobilisable avec lui, était située à gauche de l'utérus. Il semblait donc logique d'admettre qu'elle avait son point de départ dans l'ovaire gauche. Or, l'autopsie nous montra qu'il s'agissait, en réalité, d'une tumeur solide reliée à l'ovaire droit par un long pédicule qui croisait obliquement la face postérieure de l'utérus.

Ce fait du déplacement des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse, n'est pas absolument rare. M. Budin (1) a pu observer un fait de ce genre : il a trouvé, enclavé dans la partie latérale gauche de l'excavation, un kyste développé dans l'ovaire droit. On conçoit, dans ces conditions, combien il serait téméraire de vouloir assigner aux tumeurs de l'ovaire une origine droite ou gauche. C'est un point de diagnostic particulièrement délicat, qui n'a d'ailleurs aucune espèce d'importance, quant au traitement.

II. — DIAGNOSTIC PENDANT LE TRAVAIL

Lorsque la femme est en travail, que l'utérus se contracte énergiquement, il sera bien difficile de reconnaître, par le palper abdominal, l'existence d'une tumeur solide de l'ovaire. Pour peu qu'il y ait de l'ascite en certaine quantité, que l'abdomen soit distendu, les sensations perçues ne pourront être que très vagues et on ne pourra faire qu'un diagnostic de probabilité.

Lorsque la tumeur plonge dans le bassin, l'exploration vaginale sera très souvent impuissante à renseigner sur la nature liquide ou solide de la tumeur. En effet, sous l'influence du travail, les tumeurs prolabées ou enclavées dans le bassin,

(1) Budin. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, p. 434.

subissent des modifications qui ont pour effet de changer leur consistance.

Les fibromyomes utérins présentent un état congestif spécial qui reconnaît pour cause la suractivité de la circulation : cette congestion détermine secondairement une exsudation abondante de liquide colloïde qui s'infiltre entre les faisceaux musculaires de la tumeur et lui donne un aspect œdémateux particulier. Il en résulte (et cela surtout pendant le travail) que le fibrome perdra de son caractère habituel de dureté pour devenir plus ramolli, et pour donner au doigt qui explore une sensation de mollesse particulière, et même de pseudo-fluctuation. Cela explique l'erreur fréquente qui consiste à prendre un fibrome de l'utérus pour une tumeur liquide de l'ovaire (Cazeaux).

Les tumeurs liquides de l'ovaire quelle que soit leur nature perdent toutes, elles aussi, sous l'influence du travail, quelques-uns de leurs caractères essentiels dont la constatation permet habituellement le diagnostic. Au lieu d'être molles, dépressibles, fluctuantes, elles deviennent plus dures, plus consistantes par suite de l'augmentation de tension du liquide et prennent les caractères des tumeurs solides.

Cela résulte de la pression exercée sur la tumeur par la partie fœtale dont l'engagement et la descente sont arrêtés. Au toucher, on trouve une tumeur tendue, rénitente ou même tout à fait dure, surtout au moment des contractions utérines. Aussi est-il arrivé souvent de prendre un kyste de l'ovaire pour une tumeur solide. Baudelocque (1) a pris un kyste dermoïde pour une exostose du bassin et Tarnier, cité par Rémy (2), raconte dans ses cours qu'il prit ainsi un kyste de l'ovaire pour une tumeur fibreuse de l'utérus : la mère

(1) Baudelocque. — L'art des accouchements, 3^e édition, t. II, p. 375.

(2) Rémy. — Les grossesses compliquées de Kystes ovariens. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886, p. 112.

mourut et l'autopsie démontra qu'il s'agissait en réalité d'un kyste.

Cette variation dans les caractères des tumeurs, sous l'influence du travail, qui fait qu'une tumeur solide prend les caractères d'une tumeur liquide et qu'inversement une tumeur liquide prend les caractères d'une tumeur solide, n'est pas faite pour faciliter le diagnostic. Le plus souvent l'erreur est difficile à éviter, à moins de pratiquer, par le vagin, au niveau de la tumeur, une ponction exploratrice.

On a beaucoup discuté sur la valeur, la nécessité, les inconvénients ou les avantages de la ponction exploratrice. Certains accoucheurs s'en montrent partisans enthousiastes; d'autres, au contraire, en réproouvent systématiquement l'emploi.

Cependant, pendant le travail, alors qu'une tumeur descend au-devant de la partie fœtale qui ne peut s'engager, quand les tentatives de refoulement au-dessus du détroit supérieur n'ont pas réussi, quand on est dans l'incertitude sur la nature de la tumeur, la ponction exploratrice doit être pratiquée. En nous renseignant sur le contenu de la tumeur, elle nous dictera notre ligne de conduite, nous montrera quelle est la thérapeutique à employer, celle-ci pouvant différer du tout au tout, suivant qu'il s'agit d'une tumeur solide ou d'une tumeur liquide.

La ponction exploratrice pratiquée dans une tumeur solide de l'ovaire ne donnera issue qu'à du sang, en quantité variable, généralement peu abondante. Si elle est faite dans une tumeur liquide, les caractères du liquide retiré varieront avec la nature de la tumeur ponctionnée. Dans les kystes de l'ovaire, le liquide est généralement jaune sucre d'orge ou un peu verdâtre, de quantité variable, de consistance visqueuse filante due à la paralbumine (Méhu); il contient des substances protéiques, des sels et de la graisse en quantité variable, exceptionnellement du sucre et de l'urée (de Sinety). Le liquide

des kystes hydatiques est limpide, clair comme de l'eau de roche, il contient du chlorure de sodium, mais pas d'albumine ni de mucine : à l'examen microscopique, on peut trouver des crochets d'échinocoques. La ponction pratiquée dans un kyste dermoïde pourra, suivant les cas, ou n'être suivie d'aucun résultat ou donner issue à des substances dermoïdes.

Issue de liquide dont les caractères changent avec les différentes variétés de tumeurs liquides ; suintement sanguinolent peu abondant ou nul, en cas de tumeur solide de l'ovaire, tels sont les renseignements fournis par la ponction exploratrice. Ce moyen d'exploration nous donne donc des éléments importants pour établir le diagnostic. Pourtant, on lui a fait de nombreux reproches qui, peut-être, ne sont pas entièrement justifiés.

On a dit qu'il ne fallait pas ponctionner les tumeurs solides et Charles West (1), cité par Barnes, attribue la mort d'une de ses malades à une ponction faite sur une tumeur solide avant son refoulement : à l'autopsie, il trouva que les lèvres de la plaie étaient largement béantes, les tissus voisins étaient noirs jusqu'au centre de la tumeur. Suivant Ziem-bicki, la ponction des tumeurs solides « expose aux hémorrhagies mortelles, elle lèse l'épithélium protecteur et détermine la formation d'adhérences ; elle est peu utile au chirurgien et nuisible à la malade ».

En ce qui concerne la ponction par le vagin des tumeurs liquides situées dans le bassin, Heiberg (2) a produit une statistique défavorable. De même Fischel (3) redoute la ponction et il appuie son opinion sur une statistique de Litzmann qui, sur 7 cas, a eu : une puerpéralité normale, quatre puerpéralités très sérieusement compromises, deux femmes

(1) Charles West. — *Diseases of Women*, édition de 1856.

(2) Heiberg. — *Dissert. inaug.* Copenhague 1881 et *Centralblatt f. Gynak.* 1882, p. 403.

(3) Fischel. — *Prag. med. Wochens.* 1884, p. 14-16.

mortes, et un seul enfant vivant. A l'opinion de ces deux auteurs, on pourra opposer l'opinion diamétralement opposée de Lomer (1) et de Playfair qui rapporte 9 cas sans aucun décès maternel.

Les reproches formulés contre la ponction vaginale des tumeurs enclavées du bassin, par les auteurs que nous venons de citer, s'expliquent facilement. Ils pratiquaient la ponction à une époque où l'antisepsie était peu connue, et il n'est pas étonnant que l'introduction dans des tumeurs d'instruments malpropres ait amené des résultats désastreux. Mais, il ne faudrait pas mettre sur le compte de l'opération ce qui n'est que la faute de l'opérateur et de la méthode qu'il a employée.

De nos jours, la ponction exploratrice ne saurait entraîner les mêmes accidents. En prenant le soin de raser, de savonner et de laver soigneusement la vulve et le vagin, en pratiquant des injections vaginales antiseptiques, en se servant d'un instrument stérile, non seulement la pénétration du trocart ne peut pas amener de complications, mais elle ne peut être que d'un utile secours.

En effet : 1^o elle permet d'éclairer le diagnostic bien souvent incertain sur la tumeur pelvienne qui forme obstacle à l'accouchement ; 2^o en cas de tumeur liquide, elle peut donner issue à une quantité de liquide suffisamment abondante pour que la tumeur s'affaisse et laisse l'accouchement se terminer parfois d'une façon spontanée ; 3^o en permettant le diagnostic exact, elle précise le mode opératoire à employer.

Pour ces différentes raisons, nous estimons donc que la ponction exploratrice peut être employée sous certaines réserves, du moins en ce qui concerne le diagnostic des tumeurs immobilisées dans le bassin pendant le travail. Car il n'entre pas dans notre sujet d'étudier la valeur de la pon-

(1) Lomer. — Arch. f. Gynak. 1882.

tion vaginale en tant que mode de traitement des tumeurs liquides compliquant l'accouchement.

III. — DIAGNOSTIC APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Après l'accouchement, la diminution du volume de l'utérus vient faciliter singulièrement l'examen. Pour peu que la malade soit anesthésiée, il deviendra plus aisé de faire un diagnostic qu'on n'avait pu porter ni pendant la grossesse, ni surtout pendant le travail. Cela est vrai, surtout pour les tumeurs pelviennes et notre observ. I le démontre. Chez cette malade, le diagnostic, porté pendant la grossesse avait été : tumeur fibromateuse de la paroi postérieure de l'utérus. Après l'accouchement, on se rendit aisément compte qu'il s'agissait d'une tumeur solide de l'ovaire, en raison de ses caractères de consistance, de situation et surtout de mobilité et d'indépendance avec l'utérus.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Il est impossible, en présence d'une grossesse compliquée de tumeur solide de l'ovaire, d'instituer une thérapeutique qui soit identique dans tous les cas, un seul et même mode opératoire indistinctement applicable, et il suffira de lire les observations rapportées à la fin de ce travail pour voir combien ont été variées les méthodes de traitement employées. En effet, la conduite à tenir change nécessairement suivant une foule de circonstances qui dépendent de l'âge de la grossesse, des caractères de la tumeur, des troubles plus ou moins nombreux qu'elle détermine, et surtout de son siège abdominal ou pelvien.

Aussi avons-nous jugé qu'il était absolument indispensable d'étudier successivement :

- 1° le traitement pendant la première moitié de la grossesse.
- 2° le traitement à la fin de la grossesse, successivement pour les tumeurs à type abdominal et à type pelvien.
- 3° le traitement pendant le travail, en particulier pour les tumeurs à type pelvien.
- 4° le traitement après la délivrance.

I. — TRAITEMENT PENDANT LES CINQ PREMIERS MOIS

Deux catégories de faits cliniques peuvent se présenter.

- 1° La malade se sait atteinte de tumeur de l'ovaire.

Elle devient enceinte. Craignant des complications pendant sa grossesse, ou au moment de son accouchement, elle vient demander conseil à son médecin.

2° Une malade a un début de grossesse pénible. Son ventre se développe d'une façon plus rapide que pour une grossesse normale. Elle souffre dans le bas-ventre, éprouve des douleurs dans le bassin, dans les lombes et dans les membres inférieurs. Elle est gênée dans sa marche. Sa respiration est difficile. Elle a de l'œdème des jambes sans albuminurie et des varices. Tous ces symptômes l'engagent à venir consulter l'accoucheur qui reconnaît, à côté de la grossesse, l'existence d'une tumeur solide de l'ovaire.

Quelle sera, dans ces 2 cas, la conduite à tenir ?

Différentes méthodes ont été proposées.

Expectative. — Certains accoucheurs, se basant sur ce que des grossesses compliquées de tumeurs de l'ovaire ont pu aller jusqu'à terme sans incident et que l'accouchement a pu se faire sans difficulté, sont d'avis de surveiller simplement l'évolution de la grossesse et de ne pas intervenir. Ils invoquent également, à l'appui de leur opinion, ce fait qu'une tumeur pelvienne obstruant le bassin peut, au moment de l'accouchement, surtout si elle est mobile, se déplacer spontanément et subir un mouvement ascensionnel qui laisse libre le passage au fœtus.

D'ailleurs, si les observations publiées de grossesses compliquées de tumeurs solides de l'ovaire indiquent qu'il y a presque toujours des incidents soit pendant la gestation soit pendant le travail, il est aussi logique d'admettre que d'autres femmes, dans les mêmes conditions, ont pu accoucher normalement, et que de celles-là on n'a pas publié les observations.

Ces raisons ont évidemment leur valeur ; mais elles ne

sauraient entraîner la conviction. L'expectative pure et simple comporte trop d'aléas pour qu'on l'adopte comme méthode : elle expose à trop de mécomptes. Elle ne compte d'ailleurs plus guère de partisans. En particulier, elle n'est jamais indiquée dans les cas où le diagnostic de la grossesse compliquée a été fait d'une façon précoce. C'est tout au plus si elle est acceptable dans les derniers mois de la grossesse : encore faut-il que la tumeur soit petite, abdominale, qu'elle n'augmente pas de volume et qu'elle ne détermine pas, chez la malade, de réactions graves.

Telle est l'opinion de Barnes (1). « Ne rien faire parce que la grossesse s'est souvent terminée heureusement, c'est simplement s'en remettre au hasard, c'est une passivité qui n'a que trop de chances de causer des regrets superflus ; nous n'avons aucun signe qui nous indique qu'une tumeur crèvera ou s'étranglera dans le cours de la grossesse ou du travail ; les tumeurs liquides ont plus de chances de crever, mais les tumeurs solides peuvent se tordre et s'étrangler ; les deux espèces peuvent amener un obstacle imprévu à l'accouchement et subir un traumatisme fatal pendant le travail ; l'organisme peut n'avoir pas la force de supporter ce double fardeau, tandis qu'une intervention judicieuse n'entraîne aucun danger sérieux ».

Il est donc préférable d'envisager les complications susceptibles de se produire soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, ne pas attendre qu'elles surviennent, et par conséquent, intervenir pendant la grossesse.

Bien des raisons militent en faveur de cette manière de faire, raisons fœtales et raisons maternelles.

a) *Raisons fœtales.* — En effet, l'existence d'une tumeur ovarique solide compliquant la grossesse, menace le fœtus dans sa vitalité. En dehors de la possibilité d'un avorte-

(1) Barnes, R et F. — Traité d'obstétrique. Traduction d'A. E. Cordes. Paris, 1886. p. 802.

ment ou d'un accouchement prématuré, les difficultés de l'accouchement et les interventions fréquentes qu'il nécessite augmentent la mortalité fœtale. Les tumeurs solides comportent à ce point de vue un pronostic plus mauvais que les tumeurs liquides.

b) *Raisons maternelles.* — Ensuite, la coexistence de la tumeur et de l'utérus gravide augmentent les dangers pour la mère. En effet, si des symptômes plus ou moins pénibles, tels que douleurs multiples, compressions vasculaires et organiques, troublent souvent l'évolution normale de la grossesse, d'un autre côté, la gravidité peut imprimer à la tumeur des modifications comme la torsion du pédicule, par exemple, qui peuvent devenir l'origine d'accidents graves. Nous avons vu également la fâcheuse influence, susceptible d'être exercée par la grossesse sur la marche des tumeurs solides et sur leur dégénérescence.

Les dangers courus par la mère et par l'enfant, la rapidité de l'évolution des cancers, la dégénérescence de tumeurs restées jusqu'alors bénignes, les modifications subies par la tumeur comprimée par le passage du fœtus, constituent donc des indications formelles à l'intervention pendant la grossesse.

Deux méthodes thérapeutiques sont en présence : l'une s'adresse à la grossesse, l'autre s'adresse à la tumeur. Autrement dit : En présence d'une grossesse compliquée de tumeur ovarienne solide, faut-il supprimer la grossesse ou faut-il enlever la tumeur ?

Avortement provoqué. — Pour Barnes (1), la solidité de la tumeur plaide fortement en faveur de l'élimination de la grossesse ; et à ce sujet, il se prononce catégoriquement. Treille (2), s'appuyant sur les mêmes arguments que Barnes

(1) Barnes, *loc. citat.*

(2) Treille. *Th. de Paris*, 1873.

admet également l'avortement provoqué. Marx (1), se basant sur ce fait que pendant la grossesse, les tumeurs des organes autres que l'utérus s'accroissent avec une rapidité plus considérable qu'à l'état de vacuité utérine, propose également d'arrêter la grossesse.

De l'avis des accoucheurs, *l'avortement provoqué est une opération qui ne doit être pratiquée què lorsque la vie de la mère est immédiatement en danger et lorsqu'on est intimement persuadé que la grossesse ne pourra pas évoluer jusqu'à une époque où le fœtus sera viable*. Or, dans les grossesses compliquées de tumeurs ovariennes solides, nombreux sont les cas où la mère, bien que présentant des symptômes graves, n'est pas fatalement en danger. Et d'autre part, il est fréquent, dans ces cas, de voir le fœtus arriver à terme ou près du terme. Il n'existe donc aucune raison plaidant en faveur de l'avortement provoqué et *nous rejetterons par conséquent complètement cette méthode thérapeutique.*

Evidemment, dans quelques cas très rares, où les tumeurs ovariennes ont acquis un développement considérable, si une grossesse survient, l'avortement est presque inévitable, parce que la femme cachectisée ne pourra faire les frais d'une grossesse et que, le pourrait-elle, l'utérus trouvera dans l'abdomen une tumeur volumineuse qui gênera son développement. Il semblerait donc que, dans ces cas, vouloir pratiquer l'avortement, ce serait en réalité vouloir imiter ce que fera la nature. Mais alors, pourquoi provoquer de propos délibéré un avortement qui se produira spontanément ?

On est donc amené à renoncer d'une façon complète à l'avortement. Car, en admettant même que la mère soit dans un état très grave, ce n'est pas l'avortement qui pourra arrê-

(1) Marx. — *Medical Record*, mai 1902.

ter la marche progressive des accidents. Et si, d'autre part, la mère est en bon état de santé apparent, pourquoi sacrifier le fœtus, alors que l'examen des faits montre qu'il peut se développer jusqu'à terme.

D'ailleurs, si l'on fait le sacrifice du fœtus, la mère n'en reste pas moins avec sa tumeur. Celle-ci continuera à évoluer, à grossir, et les observations montrent le développement rapide que les tumeurs ovariennes solides prennent après l'accouchement et l'avortement. Une opération ultérieure sur la tumeur deviendra donc nécessaire. Car l'avortement n'évite ni ces complications possibles, ni cette opération secondaire. Il supprime le produit de conception et il laisse la femme exposée, aux accidents qu'entraînera la tumeur. Mieux vaut donc y renoncer et intervenir directement sur la tumeur.

Ovariectomie pendant la grossesse. — Une malade présente une tumeur abdominale plus ou moins volumineuse. Les souffrances qu'elle éprouve l'engagent à consulter un chirurgien qui diagnostique une tumeur solide de l'ovaire et propose l'ovariectomie. L'opération est pratiquée et, après enlèvement de la tumeur, on constate l'existence d'une grossesse qui n'avait pas été soupçonnée. La malade guérit, mais elle a avorté. Telle est l'observation rapportée par Casati.

Cette observation va nous permettre de discuter, d'une part, la question de l'ovariectomie pendant la grossesse et, d'autre part, l'influence que l'ovariectomie exerce sur le produit de conception.

Il est de fait, que les premières ovariectomies faites pendant la grossesse ont été pratiquées sur des femmes que l'on ne croyait pas enceintes (Spencer Wells). Les bons résultats obtenus pour la mère et pour l'enfant engagèrent,

par la suite, les opérateurs à intervenir chez des femmes dont la grossesse était diagnostiquée.

La plupart des observations publiées ont trait à des grossesses compliquées de kystes de l'ovaire. La rareté des tumeurs solides de l'ovaire explique le petit nombre de grossesses compliquées de cette variété de tumeurs, où une opération pratiquée pendant la grossesse ait été jugée nécessaire.

Évidemment l'ablation des tumeurs solides de l'ovaire comporte pour chaque cas particulier des indications spéciales et impossibles à régler d'avance. Mais elle n'est ni plus difficile, ni plus dangereuse que celle des kystes. En effet, les tumeurs solides, dans la grande majorité des cas, ne présentent pas d'adhérences; elles sont libres et mobiles sur leur pédicule. Ce fait est de la plus haute importance au point de vue chirurgical; une tumeur ovarienne mobile, non adhérente s'enlevant avec la plus grande facilité.

Kyste de l'ovaire et tumeurs solides, étant comparables en dehors de la grossesse au point de vue résultats opératoires, nous sommes autorisés à procéder par analogie et à juger d'après la statistique des kystes ovariens opérés pendant la grossesse, quelle aurait été celle fournie par les tumeurs solides enlevées dans les mêmes conditions. A notre avis, il n'y a aucun doute que les résultats, du moins au point de vue *immédiat*, ne soient exactement superposables. Car il est bien entendu que nous réservons la question de l'évolution ultérieure des sarcomes et des épithéliomes de l'ovaire.

Doit-on opérer pendant la grossesse? Telle est la première question à poser.

Avant Kœberlé, et avec lui, un grand nombre d'auteurs estimaient que l'ovariotomie pouvait et devait, autant que possible, être faite pendant la grossesse. Carl Schröder (1), Tho-

(1) Carl Schröder. — Haudb. d. Krankheiten d. Weibl. Geschlechtsorgane. 4 Aufl. Leipzig, 1879, p. 393.

mas Addis Emmet (1), de Sinéty (2), Niebergall (3), Orbaut (4), Orgler, etc., estiment également que les tumeurs de l'ovaire diagnostiquées pendant la grossesse, doivent être opérées le plus tôt possible.

En ce qui concerne les tumeurs solides, en dehors de la grossesse, cela ne fait aucune espèce de doute, le diagnostic commande l'intervention immédiate. Nous exceptons, bien entendu, les cas de tumeurs malignes adhérentes ayant déterminé chez la malade une cachexie prononcée. A notre avis, la formule opératoire pendant la grossesse doit être aussi rigoureuse et à la proposition de Pinard (5) qui dit que tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré, nous ajouterons la formule suivante : Toute tumeur solide de l'ovaire diagnostiquée pendant la grossesse doit être immédiatement opérée.

L'ovariotomie doit être l'opération de choix, car elle a l'immense avantage d'être une opération radicale et, faite en temps voulu, de laisser continuer l'évolution de la grossesse.

L'innocuité de l'ovariotomie pendant la grossesse pour la mère et pour l'enfant est admise presque généralement. Aussi les chirurgiens et les accoucheurs ne voyaient-ils pas dans la grossesse une contre-indication à l'ovariotomie. Cependant Fehling s'est élevé dernièrement contre cette manière de faire ; et il base son opinion sur le pronostic défavorable pour l'enfant dû à l'interruption fréquente de la grossesse après ovariectomie.

Si l'on consulte les statistiques publiées par les différents

(1) Th. A. Emmet. — The principles and practise of gynæcologie. London, 1880, p. 827.

(2) De Sinéty. — Traité pratique de gynécologie. 2^e édit., Paris, 1884, p. 746.

(3) Niebergall. — Correspondenz Blatt. für Schweizer Aertze, 1900, n° 15, p. 478.

(4) Orbaut. — Journal d'Obstétrique et de Gynécologie, mai 1899.

(5) Pinard. — Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris. Séance du 4 mai 1900.

auteurs, on voit que Rémy dans sa thèse (1886) relève une mortalité maternelle de 15 p. 100. Weiss (1), cité par Kelly, rapporte 133 cas d'ovariotomie pendant la grossesse avec une mortalité maternelle de 7,4 p. 100. Dsirne, en 1892, ne trouve que 5,9 p. 100 et Vinay en 1894 donne 4,09 de mortalité.

On voit donc que progressivement la mortalité maternelle va en diminuant, à mesure que la technique opératoire se perfectionne et que l'asepsie est appliquée d'une façon plus rigoureuse. Ainsi, Orgler (2), dans un travail récent (1901), a pu, en dehors des statistiques précédentes, recueillir 148 autres cas. Il a compris dans ce nombre, non seulement les ovariectomies proprement dites, mais aussi l'ablation de toutes les tumeurs des trompes et des ligaments larges. La mortalité générale n'est que de 4 p. 100. Le pronostic pour l'enfant est beaucoup moins favorable. La préparation de la malade pour la laparotomie, l'anesthésie chloroformique, les manipulations inévitables de l'utérus au cours de l'opération, sont des causes de la mise en activité de la contraction utérine. Aussi sur 142 cas, trouve-t-il 32 interruptions de la grossesse, soit 22,5 p. 100. Le nombre des avortements, dans les cas où l'ovariotomie n'a pas été faite, est seulement de 17 p. 100. Mais si l'on considère que la mortalité fœtale pendant l'accouchement est de 39 p. 100, on voit de suite que, somme toute, l'intérêt de l'enfant exige une opération.

De toutes ces données on doit tirer les conclusions suivantes : l'intervention est indiquée chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tumeur ovarienne compliquant la grossesse, que cette tumeur donne lieu à des accidents

(1) Weiss. — Ueber die Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Ovarialtumoren. Beitrag. z. Chir. Felsch. Theod Billroth. Stuttgart, 1892, p. 235-249.

(2) Orgler. — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse. Arch. f. Gynak. 1901, Bd. LXV, H. 1, p. 126.

immédiats ou non. Quelle que soit la nature de la tumeur, il y aura intérêt à opérer le plus tôt possible. La notion de malignité, en particulier, implique une intervention précoce et hâtive, car c'est dans la précocité de l'opération permettant une ablation complète de la tumeur, qu'il faut chercher les chances et l'explication ordinaire d'un succès thérapeutique définitif (Bouilly) (1).

Il ne faut pas, en effet, envisager ces tumeurs qu'en tant que complication immédiate de la grossesse. Il faut aussi envisager l'avenir des malades après leur accouchement.

Or, les résultats excellents et durables qu'on a obtenus dans les formes opérables des tumeurs solides de l'ovaire, fussent-elles cancéreuses, montrent l'intérêt qu'il y a à les diagnostiquer et à les opérer de bonne heure (Freund (2), Kratzenstein (3), Cohn (4). D'ailleurs, en opérant de bonne heure, on aura des chances de trouver une tumeur mobile, non adhérente. Waldeyer fait remarquer, et Léopold confirme son opinion, que tant que la tumeur solide n'a pas atteint les dimensions d'une tête d'enfant, son épithélium peut rester sans altération et, par suite, les adhérences manquer. Or, la notion d'adhérence est du plus haut intérêt au point de vue chirurgical, la tumeur étant d'autant plus facile à enlever qu'elle a moins de relations avec les organes voisins. Mais quand la tumeur est immobile, qu'elle a contracté des adhérences intimes avec les organes du petit bassin et de l'abdomen, l'intervention devient beaucoup plus difficile, souvent même impossible, toujours discutable. En dehors de la grossesse, on éprouve souvent de très grandes difficultés à enle-

(1) Bouilly. Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire. Congrès français de chirurgie. 1897.

(2) Freund. Ueber die Behandlung bosartiger Eierstocksgeschwülte — Zeits. f. Geb. u. Gyn. 1890. Bd. XVII. Hft. I. p. 141.

(3) Kratzenstein. Résultats définitifs de l'ovariotomie pour tumeurs malignes de l'ovaire. Zeits. f. Geb. u. Gyn. XXXVI, I. 1897.

(4) Cohn. Centralblatt. f. Gynak. n° 50. 1885 et n° 1, 1886.

ver une tumeur maligne ovarienne adhérente ; souvent même l'hystérectomie complémentaire a seule permis le dégagement et l'ablation d'une tumeur dont tout autre procédé n'aurait pu venir à bout. Dans notre observation n° 1, la tumeur avait contracté des adhérences tellement nombreuses dans le bassin que son extirpation chirurgicale aurait rencontré les plus grandes difficultés. Est-ce à dire qu'il y a certaines tumeurs solides de l'ovaire qu'on ne doit pas extirper ?

Il est bien évident que si l'on se trouve en présence d'une femme cachectique, dont la tumeur a grossi rapidement et s'est accompagnée d'une ascite précoce, il faudra agir avec beaucoup de prudence, car si l'on a affaire à un épithélioma adhérent, il y a de grandes chances pour qu'une récive rapide se produise qui enlèvera la malade en quelques jours. De pareils cas, compliqués de grossesse, sont rares, et, d'une façon générale, c'est plutôt après l'accouchement qu'on voit ce développement rapide des tumeurs malignes. Toutefois, suivant la remarque de Spencer Wells : « on compte tellement de cas de guérison à la suite de l'extirpation de ce qu'on avait considéré comme un cancer, qu'il faut une certitude absolue sur la nature maligne de la tumeur pour renoncer à l'opération ».

A quel moment de la grossesse faut-il opérer ? —

Nous avons plus haut divisé l'étude du traitement des tumeurs solides de l'ovaire pendant la grossesse en 2 périodes : 1° pendant les cinq premiers mois ; 2° près du terme. C'est, en effet, pendant les premiers mois de la grossesse qu'il faut pratiquer l'ovariotomie pour tumeurs solides. Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord. Spencer Wells, Treille, Ziembicki, Larnaudie, Doran, Orgler, etc., conseillent, tous, l'opération pendant les 3 premiers mois. C'est qu'à ce moment, l'opération a plus de chances de succès complet que pendant la 2^e moitié de la grossesse où l'irritation de l'utérus

peut amener plus facilement les contractions de l'utérus et l'avortement. En effet, et cela d'une façon générale, les chances d'une interruption de la grossesse augmentent avec l'âge de celle-ci, ainsi que le démontrent les statistiques.

En se plaçant à un point de vue général, et en négligeant de considérer l'époque de la grossesse où l'ovariotomie a été faite, Olshausen trouve que l'ovariotomie pendant la gestation amène l'accouchement prématuré dans 20 p. 100 des cas. Au contraire, Dsirne (1), prenant en considération l'âge de la grossesse, constate que quand l'ovariotomie est faite au 3^e ou au 4^e mois, la proportion des accouchements à terme est de 85 à 90 p. 100, tandis que la même intervention faite pendant les 2 premiers mois ou pendant les 5 derniers, ne laisse continuer l'évolution de la grossesse que 55 à 63 fois p. 100. Or, comme c'est également au 3^e et 4^e mois que la mortalité maternelle est la plus faible, il en résulte que ce sera cette époque que l'on devra choisir pour intervenir.

Comment faut-il opérer? — Il n'y a pas à proprement parler de technique opératoire spéciale de l'ovariotomie pendant la grossesse. Nous ne discuterons pas la marche de l'opération, ni les différents temps opératoires qui ne diffèrent en rien de ceux de l'ovariotomie en dehors de la grossesse. Il y a cependant quelques précautions à prendre que nous allons indiquer.

L'ouverture de la paroi abdominale devra être faite *largement*. Car il ne faut pas oublier qu'on a à extirper une tumeur solide, par conséquent non réductible et qu'il faut faire pour l'enlèvement de cette tumeur une brèche suffisante. En agissant ainsi, on se rendra compte plus aisément des rapports de la tumeur, qu'on différenciera de l'utérus gravide, qui a une consistance fluctuante et une coloration rouge-bleuâtre sombre. Un second avantage qu'on retirera de l'ouverture

(1) Dsirne. — L'ovariotomie pendant la grossesse. Arch. f. Gyn. XLII. 3. 1892.

large de l'abdomen, c'est que la tumeur pouvant passer facilement par la plaie, on sera moins exposé à contusionner l'utérus gravide au moment de l'extirpation de la tumeur. Or, le facteur, contusion de l'utérus, a une grosse importance au point de vue de la mise en éveil de la contraction utérine, par suite, de l'avortement.

On fera à la laparotomie large, l'objection de mettre à découvert l'utérus sur une grande surface et de l'exposer ainsi au refroidissement par l'air ambiant. En effet, Otto Engstrom (1), a justement remarqué, pendant des expériences sur des bêtes pleines, avec quelle facilité la matrice entre en contraction quand on laisse pénétrer l'air froid extérieur. Mais l'air ambiant, dans les salles d'opération, est chaud; il serait d'ailleurs facile de protéger l'utérus en l'enveloppant de compresses chaudes. On pourrait même, d'après A. Doran (2), attirer l'utérus gravide tout entier hors du ventre qu'aucune contraction ne serait à redouter si on prenait soin de le recouvrir de compresses chaudes.

L'usage du plan incliné nous paraît indispensable bien que Cocard (3) dans sa thèse en réprovoque l'emploi. La position déclive permet en effet, de mieux se rendre compte du volume et des rapports du pédicule de la tumeur ovarienne. Or, avec la vascularité intense dont sont le siège les organes et les tumeurs du bassin pendant la grossesse, il y a un intérêt capital à faire une hémostase aussi soignée que possible. Cette hémostase sera d'autant plus facile à faire que le pédicule de la tumeur et le ligament large seront plus aisément abordables.

Les ligatures faites sur le pédicule devront être serrées à fond. Après section du pédicule au thermocautère, il faudra l'encapuchonner et reconstituer ensuite le ligament

(1) Otto Engstrom. — Ann. de gyn. Oct. et nov. 1890.

(2) A. Doran. — Tumeurs ovariennes et grossesse. Lancet, 8 fév. 1902

(3) Cocard. — Th. de Paris. 1896, n° 210.

large au catgut de façon que la surface saignante soit entièrement péritonisée. Comme il s'agit de tumeurs non suppurrées, que d'autre part le péritoine n'est pas infecté, il n'y a pas de raison pour drainer. La présence d'un drain non seulement est inutile, mais elle est dangereuse ; il jouerait le rôle d'un corps étranger capable d'irriter l'utérus et de provoquer des contractions.

Sauf les cas où des adhérences secondaires se sont développées, l'opération est facile.

La suture de la paroi devra être faite avec le plus grand soin et sera reconstituée plan par plan par des surjets au catgut. En effet, de deux choses l'une. Ou bien la malade que l'on vient de laparotomiser entrera en travail d'avortement et il faut que sa paroi résiste aux contractions et aux efforts. Ou bien la malade continuera sa grossesse et il faut que la paroi résiste au développement progressif de l'utérus gravide. La grossesse, à elle seule, suffit à disloquer une paroi abdominale sans qu'une cicatrice de paroi mal refaite vienne en se laissant distendre, être une cause nouvelle d'éventration.

Il va sans dire que l'intervention devra être menée le plus rapidement possible. Car, plus longtemps la femme aura été sous l'influence du chloroforme, plus grandes seront les chances d'avortement. Enfin, comme après toutes les opérations abdominales chez la femme enceinte, il y aura intérêt à placer un pansement compressif très serré.

Le traitement post-opératoire comporte également quelques indications spéciales. L'opération aura beau avoir été faite très rapidement, l'utérus peu traumatisé, il faut savoir que chez certaines femmes l'utérus est particulièrement irritable et entre en contraction sous des causes minimes. Aussi sera-t-il utile pendant les 8 ou 10 jours qui suivront l'intervention, de pratiquer systématiquement chaque jour une ou même deux injections de morphine afin de prévenir ou d'arrêter l'éveil de la contraction utérine.

II. — TRAITEMENT PENDANT LA DEUXIÈME MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Pendant la deuxième moitié de la grossesse, la conduite à tenir variera suivant les symptômes éprouvés par la malade et suivant le siège de la tumeur.

1^{er} Cas. La tumeur est abdominale

Cliniquement, on peut observer deux catégories de malades.

a) Une femme enceinte d'environ 7 ou 8 mois n'est pas incommodée par sa tumeur; elle n'éprouve aucune espèce de troubles. La tumeur étant franchement abdominale, il y a par conséquent peu de chances pour qu'il y ait obstacle au passage du fœtus au moment de l'accouchement. Dans de telles conditions, quelle sera la ligne de conduite à suivre? Doit-on pratiquer l'ovariotomie ou attendre le terme de la grossesse?

L'ovariotomie faite pendant la grossesse provoque, avons-nous dit, l'expulsion du fœtus d'autant plus facilement qu'elle est faite à une époque plus avancée de la grossesse. Vouloir la pratiquer dans le cas dont nous venons de parler, ce serait donc s'exposer à avoir un accouchement prématuré, un enfant viable évidemment, mais dont le développement devrait être étroitement surveillé.

A notre avis, il serait préférable d'attendre et de laisser la grossesse aller jusqu'à terme. La malade ne souffrant pas, la tumeur ne subissant pas de modifications, il n'y a aucune espèce de danger à patienter pendant un ou deux mois. D'autant plus qu'il est vraisemblable d'admettre qu'avec une tumeur ovarienne à siège abdominal, une femme puisse accoucher sans difficulté. Le travail, dans certains cas pourra

être ralenti ; une application de forceps permettra alors de terminer l'accouchement.

b) A propos du type clinique dont nous venons de parler, il était permis de discuter sur l'opportunité de l'intervention. La situation n'avait rien de pressant ; en un mot, il n'y avait pas urgence. Toute autre est la situation dans le cas suivant : une femme enceinte d'environ 7 mois éprouve, du fait d'une tumeur de l'ovaire, des symptômes de gêne respiratoire, des phénomènes de réaction péritonéale, des troubles dans la miction et la défécation, des indices de compression vasculaire. Peu à peu les symptômes retentissent sur la santé générale. Si on n'intervient pas, la malade va s'affaiblir, se cachectiser, peut-être mourir.

Dans ce cas, il n'y a pas de discussion possible et l'urgence commande l'intervention immédiate. Mais comment interviendra-t-on ? sur la grossesse en provoquant l'accouchement prématuré ? ou sur la tumeur en faisant l'ovariotomie ?

Accouchement prématuré provoqué. — *D'une façon générale, l'accouchement prématuré provoqué ne doit être pratiqué que si la vie de la mère est en danger du fait de la prolongation de la grossesse jusqu'à terme :* dans le cas qui nous occupe, il est incontestable que la coexistence de la grossesse et de la tumeur font courir à la mère de grands risques. De plus, l'observation démontre que bien des femmes enceintes atteintes de tumeurs ovariques accouchent prématurément. Pour toutes ces raisons, il semble donc qu'on soit autorisé à provoquer l'accouchement, d'autant plus qu'il s'agit là d'une opération simple et en apparence bénigne.

Malheureusement, en provoquant l'accouchement, on n'est pas toujours certain d'arriver au résultat visé, de soulager la malade, car il n'est pas sûr, comme le pense Heiberg, que l'évacuation de l'utérus produise nécessairement une détente

dans les symptômes abdominaux. D'autre part, quel que soit le moyen employé, avant que l'accouchement ne se produise, quelques jours pourront s'écouler pendant lesquels les symptômes continueront à s'aggraver et à compromettre la vie de la malade. Or il y a ici un intérêt capital à aller le plus vite possible.

D'autre part, si l'accouchement prématuré peut de même que l'accouchement à terme se faire normalement, il faut savoir qu'il expose aux mêmes accidents que lui. En particulier, dans le cas qui nous occupe, « ce mode de traitement ne met en aucune façon les malades à l'abri de l'influence fâcheuse qu'ont l'accouchement et la puerpéralité sur la tumeur » (Hegar et Kaltenbach) (1). Il laisse de plus la malade avec sa tumeur, et comme l'extirpation de celle-ci doit être faite aussitôt la période puerpérale terminée, il se trouve que la malade est soumise en peu de temps à deux graves épreuves : l'accouchement provoqué et l'ovariotomie.

Enfin, le résultat pour les enfants, dans ces conditions, est loin d'être satisfaisant. Qu'on soit forcé d'intervenir au 7^e mois de la grossesse par exemple et le fœtus ne pourra être élevé que très difficilement. Pour peu qu'il y ait un obstacle à l'expulsion de l'enfant, qu'on soit obligé de faire une application de forceps ou toute autre manœuvre, les résultats obtenus au point de vue du pronostic fœtal seront déplorables.

La provocation de l'accouchement, méthode lente et incomplète, qui n'améliore pas la situation de la mère et qui souvent peut compromettre la vie de l'enfant ne doit donc pas être employée.

Ovariectomie à la dernière période de la grossesse. — Il est plus rationnel lorsque la malade éprouve

(1) Hegar et Kaltenbach. — Gynécologie opératoire. Traduction P. Bar. Paris 1885. p. 179.

des symptômes graves du fait de sa grossesse et de sa tumeur, d'intervenir directement sur l'élément tumeur. On objectera que cette opération sera délicate et que le volume de l'utérus gravide gênera beaucoup l'extirpation de la tumeur; on objectera, en outre, que l'intervention favorisera l'accouchement prématuré. Cela est vrai, mais il faut tenir compte que la vie de la mère est directement en jeu et que, par conséquent, l'indication est de parer aux accidents immédiats et d'agir vite. Dans ces conditions, le sort de l'enfant importe peu et on n'a pas à s'occuper si l'accouchement prématuré se produira ou ne se produira pas. Bien plus, nous dirons même qu'il serait souhaitable qu'il se produisît rapidement, ce serait le seul moyen pour la mère de ne plus courir aucune espèce de danger.

Est-ce à dire alors qu'il vaudrait mieux pratiquer une opération césarienne suivie d'ovariotomie? Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'être aussi radical, car il est bien difficile d'apprécier dans la genèse des accidents quelle part revient à la grossesse et quelle part revient à la tumeur. En admettant, d'une part, que selon toute probabilité, les complications proviennent de l'existence de la tumeur, en considérant, d'autre part, que l'opération césarienne ne doit être faite qu'au début du travail ou tout près du terme, il nous semble qu'en laissant continuer la grossesse, nous concilions les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

Il va sans dire que si les accidents éclataient tout près du terme, l'ovariotomie devrait être précédée d'une opération césarienne conservatrice.

Enfant mort.— La mort de l'enfant simplifie singulièrement la question. Il est possible que cet accident atténue dans une certaine mesure la gravité des symptômes éprouvés par la mère. Dans ces conditions, l'accouchement provoqué est formellement indiqué; on attendra ensuite la fin de la période puerpérale pour pratiquer l'ablation de la tumeur.

Ponction pendant la grossesse. Il est un point particulier que nous avons passé sous silence ; celui du traitement pendant la grossesse de l'ascite compliquant une tumeur solide de l'ovaire. Il y a des cas où cette ascite, par l'importance qu'elle prend, devient la cause immédiate de nombreux troubles, en particulier, des troubles respiratoires. Doit-on ou ne doit-on pas la ponctionner pendant la grossesse ? Spencer Wells (Obs. IV) eut l'occasion de ponctionner une ascite déterminée par une tumeur fibreuse de l'ovaire chez une femme enceinte. Au moment où cette ponction fut faite, la grossesse n'était que de 4 mois, et le résultat fut excellent.

La ponction pratiquée dans ces conditions est inoffensive ; mais, il pourrait n'en être pas de même, si la grossesse était près du terme. Au milieu de la matité abdominale générale, il peut être parfois difficile de déterminer la situation exacte de l'utérus gravide. Et si l'on considère, d'autre part, que l'utérus gravide peut se trouver en contact direct avec la paroi abdominale, on comprendra le danger qu'il y aurait à faire une ponction dans ces conditions.

La ponction expose donc à la blessure de l'utérus gravide ; elle n'est, d'autre part, qu'une opération palliative. N'y aurait-il que ce dernier reproche à lui adresser que nous ne la rejeterions pas systématiquement, car si elle ne peut avoir la prétention de guérir la malade, elle a, du moins, l'avantage de faire gagner du temps en faisant disparaître momentanément certains troubles inquiétants. A ce titre, elle est indiquée. Mais à la ponction simple, méthode aveugle et dangereuse, nous préfererions substituer le procédé suivant : Anesthésier la peau à la cocaïne et ensuite, au bistouri, lentement, prudemment, inciser au niveau d'une fosse iliaque, plan par plan, la paroi abdominale, jusqu'à ouverture du péritoine. Cette méthode sûre,

exempte de tout danger, permet de voir ce qu'on fait et d'éviter ainsi la blessure de l'utérus. Elle a, d'autre part, l'avantage de faire une brèche suffisante pour qu'on puisse, si on le juge à propos, laisser un drain qui, en assurant le libre écoulement du liquide, au fur et à mesure de sa formation, préviendra la réapparition des accidents qui avaient nécessité l'intervention. Il est vrai que la présence du drain peut, à elle seule, suffire pour faire entrer l'utérus en contraction, et, pour cette raison, nous estimons qu'il serait peut-être préférable de ne pas l'employer.

2^e cas. — La tumeur est pelvienne

La conduite à tenir variera suivant que la tumeur engagée dans le bassin produira ou ne produira pas d'accidents, sera ou ne sera pas cause de dystocie.

Quand la malade n'éprouve aucune espèce de troubles du fait de la situation pelvienne de sa tumeur, il ne saurait être un seul instant question d'intervenir pendant la grossesse. L'accoucheur n'a pas à s'occuper des obstacles que la tumeur pourra créer plus tard au moment du travail. Peu importe que l'accouchement paraisse devoir être possible ou impossible, qu'on soit obligé ou non de faire une opération césarienne. Cette question n'est pas à discuter, et il ne viendra à l'idée de personne de provoquer l'accouchement ou d'agir sur la tumeur. C'est seulement au moment du travail qu'il y aura lieu de poser les indications de tel ou tel mode d'intervention.

Il n'en est pas de même lorsque la tumeur provoque des accidents de compression sur les organes du petit bassin. Prochovnick (Obs. VIII) fut obligé d'intervenir au 8^e mois de la grossesse pour une tumeur abdomino-pelvienne qui était la cause de symptômes inquiétants, et il dut faire l'ovariotomie : Le travail s'étant déclaré, l'extirpation de la tumeur fut suivie de l'amputation de l'utérus. C'est là le seul traite-

mement rationnel à employer ; nous ferons cependant des réserves au point de vue de l'ablation de l'organe, pour des raisons que nous développerons plus tard.

Mais, le plus souvent, les accidents de compression sont moins prononcés, et il s'agit seulement de parer à des accidents momentanés d'obstruction intestinale ou de rétention d'urine (Obs. I). Des purgatifs, l'introduction d'une sonde rectale qu'on laissera à demeure, le cathétérisme de la vessie qu'on fera aussi proprement que possible de façon à éviter toute chance d'infection urinaire, toujours possible quand les cathétérismes sont trop souvent pratiqués, pourront suffire à faire disparaître les accidents de rétention.

En admettant que ces moyens palliatifs soient insuffisants, l'accoucheur aura encore plusieurs procédés à sa disposition. Le mieux sera de réduire la tumeur sous chloroforme et de la repousser dans l'abdomen : c'est le meilleur procédé ; il ne réussit pas toujours.

Par le tamponnement du vagin à la gaze iodoformée, fait dans des conditions convenables, on pourra refouler la tumeur suffisamment haut pour que le fonctionnement du rectum et de la vessie puisse se faire d'une façon normale. Personnellement, nous avons eu recours une fois à cette méthode (Obs. 1), et nous n'avons eu qu'à nous en féliciter, car elle assura rapidement la disparition des troubles dont se plaignait la malade. Malheureusement cette méthode est passible d'une objection : en effet, pour que le tamponnement puisse réduire et maintenir réduite la tumeur, il faut qu'il soit suffisamment serré ; trop serré il devient à son tour une cause de compression. La nature de l'obstacle a changé, on a substitué un tampon à la tumeur, et les accidents de rétention persistent.

Il est enfin un procédé, peu employé en obstétrique et sur lequel nous voudrions appeler l'attention. Nous voulons parler de la position inclinée de Trendelenburg. Les documents pour juger la valeur de cette méthode dans le désen-

clavement des tumeurs compliquant la grossesse manquent d'une façon complète et il nous semble qu'il y aurait là matière à des recherches et qu'on pourrait peut-être arriver à des résultats intéressants. Lorsqu'on veut réduire manuellement une tumeur pelvienne, comment place-t-on la femme ? De façon à ce qu'elle ait le siège élevé et la tête basse, autrement dit de façon à soumettre la tumeur qu'on veut réduire à l'action de la pesanteur : il nous semble qu'on pourrait arriver à un résultat analogue en employant, *seulement, en dehors de toute autre manœuvre*, la position inclinée. Nous ne prétendons pas évidemment imposer aux malades une position aussi inclinée que celle adoptée au cours des laparotomies pour affections utéro-annexielles. Une telle position serait très pénible pour la malade si elle devait être prolongée. Nous la croyons néanmoins indispensable au début ; ensuite progressivement, peu à peu, on diminuerait le degré d'inclinaison, pour arriver finalement à une inclinaison très faible. Pratiquement la manœuvre pourrait être faite de la façon suivante : placer d'abord la malade sur une table d'opération quelconque susceptible de donner la position de Trendelenburg. Maintenir cette inclinaison forcée pendant quelque temps, la diminuer lentement et enfin replacer la malade dans son lit habituel dont on aura pris le soin de surélever d'avance le pied avec des briques, ou par un procédé quelconque. Il nous semble que par ces manœuvres exemptes de tout danger, le désenclavement des tumeurs pelviennes doit être obtenu très facilement et la réduction maintes fois non moins facilement.

III. — TRAITEMENT PENDANT LE TRAVAIL

1° *Tumeurs abdominales,*

En général ces tumeurs ovariennes ne compliquent en rien le travail. Tout au plus, en occasionnant l'inclinaison latérale de l'utérus sont-elles susceptibles de faire dévier l'effet

des contractions. Une simple application de forceps suffira le plus souvent pour terminer un accouchement qui menaçait de traîner en longueur. Au contraire les tumeurs pelviennes, par leur siège, leur volume, leur consistance compliquent toujours le travail ; elles nécessitent des interventions, variables suivant les cas.

2° *Tumeurs pelviennes.*

Rétropulsion de la tumeur en dehors de l'excavation

Supposons le type clinique suivant : Femme dont l'accouchement ne progresse plus, poche des eaux intacte, extrémité fœtale non engagée, dilatation presque complète, tumeur solide ovarienne obstruant le bassin.

Il convient tout d'abord et toujours, de tenter la libération du bassin en refoulant la tumeur au-dessus du détroit supérieur. Pour cela, on peut employer différents procédés.

On peut placer la femme en situation gèno-pectorale, et, dans cette position, la tête n'appuyant plus sur la tumeur, on pourra arriver quelquefois à refouler la tumeur dans l'abdomen.

Mais, à notre avis, il est préférable, pour ne pas dire indispensable, de donner du chloroforme à la parturiente. Celle-ci est placée en position obstétricale, le siège haut, la tête basse. Les précautions antiseptiques ayant été prises et la femme sondée, on introduit toute la main dans le vagin, afin d'explorer le bassin et son contenu. On se rend ainsi compte du volume et du siège de la tumeur, d'une façon aussi précise que possible. On appuie ensuite sur la tumeur non pas avec un seul doigt, méthode mauvaise, mais avec toute la main. De cette façon, on arrivera plus facilement à mobiliser la tumeur et à la rétropulser. Il va sans dire que cette manœuvre doit être exempte de toute brutalité et faite lentement avec la plus grande douceur, dans l'intervalle des contractions, en usant de pressions légères et soutenues.

Dans certains cas, on verra la tumeur s'élever et peu à peu se dégager du bassin.

Lorsque la tumeur est libre et mobile, la manœuvre est généralement facile. Lorsqu'au contraire, la tumeur présente des adhérences, ou bien celles-ci sont multiples et il sera impossible de désenclaver la tumeur, ou bien celles-ci sont peu développées et la rétropulsion de la tumeur aura pour effet de les rompre. L'existence des adhérences, qu'il n'est pas facile de prévoir, est l'écueil et le danger de la méthode. Car, si prudent que l'on ait été, leur rupture ne va pas sans hémorrhagie qui, dans certains cas, peut devenir peu à peu suffisamment abondante pour amener la mort de la malade (Obs. I).

La tumeur ayant été réduite, il sera utile de laisser la main en place pendant quelques instants. On la retirera ensuite lentement et progressivement.

Différentes alternatives pourront alors se produire : ou bien la tumeur se maintiendra réduite, ou bien la réduction ne se maintiendra pas.

1° *La tumeur redescend dans le bassin.* — On pourra essayer une seconde réduction de la tumeur; mais alors, au lieu d'attendre qu'elle retombe dans l'excavation, on fera bien de rompre les membranes, et une fois la présentation reconnue, abaisser les pieds s'il s'agit d'un siège; faire la version par manœuvres internes s'il s'agit d'un sommet. Cette manière de faire nous paraît excellente à tous les égards, car elle permet de substituer à l'engagement de la tumeur, l'engagement d'une extrémité fœtale. Celle-ci jouera le rôle d'un coin (Simpson) qui empêchera la descente de la tumeur. Tarnier insistait sur ce mécanisme et pensait avec raison que dans les cas de tumeur oblitérant le bassin, et en particulier dans les cas de tumeurs fibreuses, la présentation du siège était favorable, parce qu'elle pouvait s'insi-

nuer entre le bassin et la tumeur qu'elle pouvait déplacer et maintenir déplacée.

Si l'enfant ne souffre pas, on pourra en rester là, laisser la femme se réveiller et confier la terminaison de l'accouchement aux seules forces naturelles. Si l'enfant souffre, on terminera l'extraction aussi rapidement que possible. Lorsque les épaules auront été dégagées, il faudra s'assurer que la tumeur n'est pas redescendue et venue bloquer la tête du fœtus. Si cette éventualité se produisait, rien ne serait plus simple que de refouler la tumeur, d'accrocher le maxillaire de l'enfant et de terminer par la manœuvre de Mauriceau.

2° *La tumeur reste dans l'abdomen.* — Dans les cas de présentation du sommet, il est possible que la tête vienne plonger dans l'excavation ; mais, alors, comme la femme est en travail depuis longtemps, par conséquent fatiguée, les contractions utérines peuvent devenir insuffisantes : il y aurait alors lieu de terminer par une application de forceps. Plutôt que d'attendre cette terminaison problématique, ici encore, il nous semble préférable de rompre la poche des eaux et systématiquement de pratiquer la version, en faisant pour l'extraction de la tête dernière les mêmes recommandations que précédemment.

Mais il peut arriver que la rétropulsion de la tumeur ne puisse pas s'effectuer en raison même des adhérences qui la fixent dans le Douglas. Il en résultera que la tumeur sera un obstacle qui s'opposera à la sortie du fœtus et rendra l'expulsion spontanée impossible. Dans ces conditions que va-t-il se passer?

Ou bien l'utérus fatigué, ne se contractera plus et le travail va traîner en longueur. Si l'on attend, la femme va s'épuiser et s'infecter ; l'enfant également sera placé dans de mauvaises conditions.

Ou bien, au contraire, l'utérus rencontrant un obstacle,

essaiera d'en triompher en redoublant d'énergie. Si l'on attend, une rupture utérine est à craindre.

Dans les deux cas, la situation devient dangereuse et pour la mère et pour l'enfant. En tenant compte des mauvais résultats donnés par l'expectative, c'est-à-dire, mort possible de l'enfant, prolongation du travail, par suite infection et épuisement de la patiente, on est amené à admettre la légitimité et la nécessité d'une intervention, laquelle sera d'ailleurs différente suivant les cas.

En étudiant les tumeurs des parties molles du bassin, Tarnier (1) considère que les tumeurs irréductibles, fixes et solides présentent la plus haute gravité. « Quelle que soit leur nature, ces tumeurs ont pour effet de créer des rétrécissements du bassin par obstruction, comme l'a dit Dubois, et les indications thérapeutiques sont en réalité à peu près les mêmes que pour le rétrécissement osseux : le volume de la tumeur, ou si l'on veut, le degré du rétrécissement devient la source principale des indications. Il faudra se rappeler cependant qu'un obstacle produit par des parties molles possède toujours un certain degré de compressibilité qu'il est difficile de déterminer à l'avance ; aussi nous devons avertir que les limites, dans lesquelles telle ou telle opération est possible ou nécessaire, sont beaucoup moins précises, pour les rétrécissements par obstruction que pour les rétrécissements par vice de conformation. »

La ligne de conduite doit donc varier suivant le degré plus ou moins prononcé du rétrécissement pelvien. Malheureusement, les éléments d'appréciation sont tellement différents qu'il n'est pas possible, comme cela se fait pour les rétrécissements osseux, de fixer d'une façon précise et pour ainsi dire mathématique, les dimensions nécessaires et suffisantes pour l'extraction d'un enfant vivant. En matière de rétrécis-

(1) Tarnier. — Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction. Paris, 1860, p. 73.

sements par obstruction, tout est relatif et suivant que la tumeur est plus ou moins malléable, qu'elle est plus ou moins susceptible de se laisser déprimer et déplacer, la conduite peut être tout à fait différente. C'est à l'accoucheur d'apprécier d'une façon aussi exacte que possible les différents caractères de la tumeur obstruante, d'apprécier le volume de l'enfant, de peser en un mot et de comparer toutes les données du problème pour agir ensuite de la façon qu'il croit être juste. Mais nous ne pensons pas qu'on doive accepter d'avance des formules nettement établies et dire avec Barnes : « S'il reste 76 millimètres, ou peut-être un peu moins d'espace libre au détroit supérieur, si la tumeur est de nature à « prêter » un peu, nous pouvons peut-être délivrer par le forceps ou par la version. »

En pratique, nous ne considérerons que 2 cas :

1° La tumeur obstrue le bassin d'une façon incomplète et permet, dans certaines conditions, l'extraction de l'enfant par les voies naturelles ;

2° La tumeur obstrue le bassin d'une façon complète et rend l'accouchement par les voies naturelles absolument impossible.

A. — Obstacle incomplet. Accouchement possible

Une femme est en travail depuis 48 heures ; la poche des eaux vient de se rompre, l'enfant est vivant. La dilatation est complète ou presque complète ; mais une tumeur solide et immobile occupe partiellement l'aire du détroit supérieur. L'accoucheur après avoir comparé les dimensions respectives du fœtus et l'espace laissé libre par la tumeur, estime que l'accouchement par les voies naturelles est possible. Peut-il et doit-il employer pour terminer l'accouchement : le forceps ou la version ?

Si l'enfant est petit, la voie large ; si l'extraction par conséquent doit se faire sans aucune espèce de difficulté, l'accou-

cheur peut et doit terminer l'accouchement par des moyens obstétricaux simples, forceps ou version, suivant les indications. Mais il ne peut le faire que dans ce cas seulement.

Il en va tout autrement quand l'extraction doit être difficile. Autrefois, alors que les interventions sanglantes, l'opération césarienne, en particulier, jouissaient d'une sinistre renommée, méritée d'ailleurs, il était légitime que les accoucheurs essayassent d'extraire le fœtus, coûte que coûte, par les voies naturelles. On comprend et on excuse leur manière d'agir. Mais aujourd'hui, avec les progrès de l'asepsie, avec le perfectionnement des procédés opératoires, pareille méthode n'a plus de raison d'être.

Le forceps et la version doivent être, en effet, avant tout, des procédés de douceur; tous deux doivent être faits sans brutalité. Dès qu'il s'agit d'exercer de violentes tractions, ces procédés doivent être rejetés, car ils deviennent dangereux pour la mère et pour le fœtus. En effet, le passage du fœtus dans le bassin obstrué est susceptible de déterminer, du côté de la tumeur, des compressions, des froissements qui pourront amener soit sa gangrène, soit des hémorragies dans son intérieur (Obs. I). Les faits prouvent « l'extrême danger que court la femme lorsqu'on fait passer de force, un fœtus à côté d'une tumeur (Barnes). » D'autre part, les tractions et les compressions prolongées ne peuvent être que préjudiciables au fœtus. Il peut être fort sage de faire passer en première ligne, la sécurité de la mère et de considérer le sort du fœtus comme secondaire. Mais, de là, à considérer le fœtus comme un corps étranger de l'utérus qu'il faut enlever par quelque moyen que ce soit, il y a loin. La vie de l'enfant a sa valeur tout comme celle de la mère et c'est à l'accoucheur de mettre toute son habileté à essayer de la lui conserver.

La gravité de l'opération augmentant avec le degré du rétrécissement par obstruction, il est donc rationnel de rejeter l'emploi du forceps et de la version dans le cas où

l'extraction doit être difficile et pénible. En matière de tumeurs solides de l'ovaire, les cas sont trop peu nombreux pour nous permettre d'asseoir une opinion ferme. Mais si nous procédons par analogie et si nous examinons les résultats fournis par le forceps et la version dans les cas de bassin obstrué par des fibromes utérins ou des kystes de l'ovaire, nous constatons qu'ils sont déplorables. En réunissant les chiffres fournis par Susserott, Tarnier, Lefour, Chahbazian, on obtient 57 applications de forceps pour fibromes causes de dystocie pelvienne : il y eut 38 mères vivantes, soit 33 p. 100 de mortalité et 25 enfants vivants, soit 56 p. 100 de mortalité ; sur 29 versions on ne trouve que 7 mères vivantes et 7 enfants vivants. En ce qui concerne les kystes de l'ovaire, M. Kerron donne les chiffres suivants : 14 cas de forceps avec 8 mères mortes et 10 enfants morts ; 17 cas de version avec 6 mères mortes et 10 enfants morts.

Forceps et version donnant tous deux des résultats peu encourageants, il n'y a pas de raison pour préférer l'un à l'autre. En particulier ils sont d'une application délicate lorsque la tumeur solide de l'ovaire obstrue le bassin dans des proportions assez considérables. Il sera alors difficile d'aller au détroit supérieur faire une application de forceps correcte sur une tête mobile. De même, la version, pratiquée dans ces conditions, présente certaines difficultés, dont on pourra d'ailleurs se rendre compte en lisant l'Obs. n° I : elle n'est pas non plus exempte de dangers.

Parfois, en effet, l'accoucheur éprouvera de grandes difficultés pour faire pénétrer sa main dans l'utérus. A moins que la parturiente ne soit couchée sur un lit très élevé, il sera obligé de s'agenouiller et d'introduire sa main verticalement en haut, au ras de la face postérieure de la symphyse pubienne. L'avant-bras comprimé en avant par la symphyse, en arrière par la tumeur ne pourra évoluer qu'avec peine, et la main hésitera longtemps avant de pouvoir

arriver à saisir le fœtus et lui à faire faire difficilement son évolution. D'autre part, le passage de l'avant-bras peut suffire, même s'il est introduit avec douceur, à déplacer la tumeur, à rompre quelques-unes de ses adhérences et à provoquer ainsi une hémorrhagie dont les conséquences peuvent être mortelles. C'est précisément ce qui nous est arrivé dans notre obs. I. et, à constater le triste résultat obtenu par le simple passage de la main et de l'avant-bras, on peut prévoir quels sont les dangers auxquels exposent des tractions aveugles et énergiques, dangers qui doivent condamner l'emploi du forceps et de la version.

Lorsque l'enfant est mort, la basiotripsie ou la craniotomie sont tout indiquées. Encore faut-il que la dilatation soit suffisante et qu'on puisse faire pénétrer les instruments. En effet, dit Barnes, dans les cas d'une tumeur solide ou du moins ferme qui ne laisse que 26 mm. environ, il peut être malaisé d'atteindre la tête pour la perforer, ou, si l'on y parvient, il peut être impossible de l'écraser avec le céphalotribe, ou de diminuer son volume par d'autres opérations. Il vaudrait alors mieux, plutôt que d'intervenir à l'aveugle, recourir d'emblée à l'hystérectomie abdominale totale sans ouvrir l'utérus, car, même l'enfant étant mort, la basiotripsie pour pouvoir être employée, doit pouvoir être faite facilement, c'est-à-dire sans danger pour la mère.

B. — Obstacle complet. Accouchement impossible

Lorsque la tumeur obstrue le bassin d'une façon à peu près complète, rendant ainsi l'accouchement impossible, le fœtus ne peut plus sortir des organes maternels que réduit de volume ou bien par une voie nouvelle que l'on crée (Rémy).

1° Craniotomie. — La question de la craniotomie sur l'enfant vivant se pose donc. De l'avis de la presque unani-

mité des accoucheurs cette opération ne doit plus être faite.

Cependant, il est juste de dire, que les anciens accoucheurs, effrayés par la césarienne qui donnait une mortalité considérable, n'avaient recours à cette opération que lorsqu'il ne pouvaient faire autrement. Plutôt que de l'essayer, ils avaient recours au forceps ou à la version, ou laissaient traîner le travail en longueur. Ce qui devait arriver fatalement, se produisait : l'enfant mourait. On n'avait pas à se reprocher d'avoir sacrifié un enfant vivant, il est vrai. Mais on n'avait pas craint de le laisser mourir. On pratiquait alors une craniotomie.

Cette opération ne doit plus être faite aujourd'hui sur l'enfant vivant. Dans le cas qui nous occupe, elle ne peut être que néfaste à tous les points de vue. Ou bien le passage est suffisant pour l'introduction des instruments et le broiement de la tête, et alors, bien qu'il soit reconnu qu'une tête perforée s'aplatisse et se moule mieux sur les organes voisins, les tractions énergiques que l'on devra exercer pour extraire le fœtus auront pour résultat la compression et des modifications fâcheuses du côté de la tumeur. Ou bien l'obstruction est presque complète et alors l'opération est sinon impossible, du moins excessivement dangereuse. Dans les deux cas, on laisse la malade, avec une tumeur susceptible de provoquer des accidents et qu'on devra toujours enlever tôt ou tard. Mieux vaut, à notre avis, intervenir immédiatement et radicalement en enlevant le néoplasme. Dans l'immense majorité des cas, en agissant ainsi, ce sera le meilleur moyen de sauver et la mère et l'enfant.

Opération césarienne conservatrice, suivie de l'ablation de la tumeur

C'est l'opération de choix dans le traitement des tumeurs solides de l'ovaire enclavées dans le bassin et irréductibles.

Elle doit être pratiquée le plus rapidement possible.

En clinique, différents cas peuvent se présenter.

1^{er} cas. Une malade atteinte de tumeur solide de l'ovaire est venue consulter pendant les derniers mois de sa grossesse. On a reconnu l'existence de la tumeur d'une part, et d'autre part la dystocie irrémédiable que crée cette tumeur. Cette femme se trouve donc dans une situation absolument comparable à celle d'une malade atteinte de rétrécissement très prononcé du bassin : la conduite à tenir doit être absolument identique.

Il faudra intervenir le plus près possible du terme et avant tout début de travail. Pratiquée ainsi l'opération césarienne, doit donner des résultats merveilleux. En la faisant à jour fixe, on se trouve placé dans les conditions du chirurgien qui choisit pour faire une laparotomie le moment qui lui paraît convenable. On pare ainsi à de nombreux obstacles qui peuvent surgir lorsqu'on intervient d'urgence. On a l'avantage d'opérer une femme qui n'est ni fatiguée, ni infectée, dont l'enfant n'a pas souffert.

2^e cas. La malade est en travail. La poche des eaux est intacte et l'enfant vivant. L'examen du bassin a montré que l'accouchement, complété par une application de forceps était à la rigueur possible.

Dans ce cas, il faut surveiller attentivement la parturiente. Si la tête reste élevée au-dessus du détroit supérieur malgré les contractions répétées et énergiques de l'utérus, il ne faut pas escompter une application de forceps qui ne peut être qu'inutile et dangereuse. Il est bon d'attendre, mais il arrive un moment où la temporisation n'est plus de mise. Il faut alors rapidement pratiquer l'opération césarienne.

3^e cas. La malade est en travail. La poche des eaux est rompue ; le travail reste stationnaire ; la tumeur rend l'accouchement absolument impossible.

Dans ce cas, il faut intervenir le plus rapidement possible.

Car la rupture de la poche des eaux crée pour la femme des chances multiples d'infection ; en exposant d'autre part à la procidence du cordon elle compromet la vie de l'enfant. Cependant le résultat pourra n'être pas toujours aussi brillant que lorsqu'on opère au début du travail ; en effet, l'opération césarienne comporte un pronostic essentiellement différent suivant qu'on la pratique sur une femme surveillée et non fatiguée ou sur une femme fatiguée et ayant subi de nombreux et infructueux essais de forceps ou de version.

L'opération césarienne devra être conservatrice et suivie de l'ablation de la tumeur, ablation plus ou moins pénible, suivant le degré des adhérences. L'ovaire malade devra être seul enlevé, l'autre devra être respecté. *En matière de néoplasme de l'ovaire, il faut, en effet, être aussi conservateur que possible en ce qui concerne le second ovaire, surtout si la malade est dans la période d'activité sexuelle.* A moins qu'il ne s'agisse d'un cancer de l'ovaire, cette ligne de conduite ne doit pas souffrir d'exceptions ; on objectera que le sarcome de l'ovaire est le plus souvent bilatéral et que, par conséquent, on ne doit pas avoir de scrupules à pratiquer la castration bilatérale. Cela est vrai, mais souvent aussi cette tumeur est unilatérale et Routier (1) rapporte l'observation d'une femme atteinte de sarcome unilatéral de l'ovaire, à qui il enleva seulement l'ovaire atteint et qui un an après eut une grossesse gémellaire. Il y a donc une grande importance, au point de vue d'une conception ultérieure possible, à conserver un ovaire, sans compter qu'il n'est pas inutile pour la conservation du parfait équilibre des fonctions chez la femme, de lui conserver un organe dont la sécrétion propre continue.

Opération de Porro. — Il est des cas où l'opération idéale, césarienne conservatrice, suivie de l'ablation de la tumeur ne peut pas être employée. Quand l'enfant est mort

(1) Routier.— Médecine moderne, 1891, p. 897 et la Gynécologie, décembre 1900.

ou bien quand il faut opérer d'urgence, en plein travail, des malades déjà affaiblies, pour lesquelles on doit redouter une perte de sang trop forte ou le shok qui accompagne souvent, dans ces cas, les interventions longues et laborieuses, l'opération de Porro doit être pratiquée (Boursier) (2).

En dehors de ces considérations, certains auteurs, se basant sur sa simplicité et sa rapidité d'exécution, préfèrent l'opération de Porro à l'opération césarienne.

A notre avis, hormis le cas d'absolue nécessité, cette opération ne doit pas être pratiquée, car elle supprime l'éventualité d'une grossesse future, grossesse toujours possible, comme nous l'avons vu tout à l'heure. D'ailleurs, si le Porro est une opération très facile, il ne faut pas oublier que le moignon qu'elle laisse peut être l'occasion d'accidents tardifs et prolongés ; il n'est pas rare d'observer une cicatrisation lente, pouvant durer pendant des mois, qui aboutit à une cicatrice ombiliquée, profonde, disgracieuse et souvent douloureuse.

Hystérectomie abdominale-totale

L'hystérectomie abdominale-totale appliquée au traitement des tumeurs solides de l'ovaire est de date récente. Il n'existe pas d'observation de cette opération pratiquée pour une tumeur ovarienne compliquant la grossesse.

Lorsqu'une tumeur enclavée dans le bassin y est fixée par de nombreuses adhérences, son ablation est très difficile et n'est pas exempte de dangers : souvent cette ablation ne devient possible qu'après l'extirpation préalable de l'utérus.

Supposons donc le cas d'une femme à terme atteinte de sarcome de l'ovaire adhérent au bassin. Doit-on pratiquer l'opération césarienne et, après s'être rendu compte de l'immobilité de la tumeur, la laisser en place, refermer le ventre et

(2) Boursier. — Des interventions chirurgicales dans les cas de dystocie par fibromes. *Annales de gyn. et d'obst.*, nov., déc. 1901.

abandonner la femme à son malheureux sort. Ou bien, doit-on, sans hésitation, après avoir fait la section césarienne, sacrifier l'utérus et tenter la libération de la tumeur ? A notre avis, il n'y a pas de doute, et il faut confier à un chirurgien habile, le soin d'enlever une tumeur dont la conservation ne peut que nuire à la santé de la femme. Peu important dans ce cas les grossesses ultérieures, d'ailleurs problématiques, puisque l'existence de la mère est en jeu.

L'hystérectomie doit dans ce cas être pratiquée comme une opération préliminaire qui rendra réalisable l'extirpation d'une tumeur adhérente qu'une dissection périphérique était impuissante à libérer. Le départ de l'utérus fait de la place, permet d'attaquer la masse annexielle du centre à la périphérie et de basculer latéralement tout l'ensemble en se servant de l'utérus comme organe de traction menant aux annexes. A part ses avantages d'ordre purement technique, cette opération est encore plus précieuse par le résultat consécutif qu'elle permet de réaliser ; en effet, elle seule assure une réparation suffisante du plancher pelvien (Quénu) (1).

On dira que cette opération pratiquée sur un utérus grévise exposera à des hémorragies redoutables. Mais les chirurgiens qui ont opéré des utérus gravidés, se sont rendus compte que cette hémorragie n'était généralement pas aussi abondante qu'on avait bien voulu le dire et qu'avec du soin il était possible de s'en rendre maître. L'avenir nous dira ce qu'il faut penser de cette opération.

Opérations par la voie vaginale. Nous ne parlerons que pour mémoire de l'ablation des tumeurs solides ovariennes par le vagin que nous considérons comme particulièrement dangereuse pendant la grossesse et que nous rejetons.

(1) Quénu et Longuet. — De l'hystérectomie abdominale dans le traitement des Kystes et tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de Chirurgie*, juillet 1900.

IV. — TRAITEMENT APRÈS LA DÉLIVRANCE

Lorsqu'une femme atteinte de tumeur ovarienne abdominale est accouchée, sans avoir été opérée de sa tumeur, le mieux, à moins de complications du côté de cette tumeur : suppuration ou torsion du pédicule qui commandent l'intervention d'urgence, est d'attendre, pour opérer, que la période puerpérale soit terminée.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les tumeurs solides ovariennes, compliquant la grossesse, comportent un pronostic excessivement sévère pour la mère et pour l'enfant.

En considérant la statistique globale, portant sur 18 cas, on relève la mort de 11 femmes pendant les jours qui suivent l'accouchement. Des 7 autres femmes qui se relevèrent de leurs couches, l'une mourut de son cancer 4 mois après son accouchement ; une autre, 2 ans après.

Le sort de l'enfant est noté dans 8 observations. Sur 10 enfants (il y a 2 grossesses gémellaires), il y eut 3 enfants vivants, un vivant, mais qui mourut au bout de 10 jours, et 6 morts.

Les tumeurs pelviennes comportent un pronostic plus défavorable que les tumeurs abdominales. Sur 5 tumeurs pelviennes, 4 morts ; sur 5 tumeurs abdominales, 3 morts.

Ces résultats, si défavorables, tiennent à des causes diverses : insuffisance de diagnostic, opération trop tardive et dans de mauvaises conditions.

Une connaissance plus exacte de la symptomatologie de ces tumeurs, permettant un diagnostic précis, et surtout une intervention judicieuse et faite dans de bonnes conditions, doivent améliorer le pronostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

(Personnelle)

Tumeur solide de l'ovaire (fibrome dégénéré) enclavée dans le bassin. — Version par manœuvres internes. — Enfant vivant. — Mort de la femme.

L..., 36 ans, ménagère. Entrée à la maternité de l'hôpital Tenon le 17 juillet 1903.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Aucune maladie sérieuse.

Antécédents obstétricaux : 6 grossesses antérieures :

1^{er}, 2^e, 4^e et 6^e grossesses : normales, à terme, avec enfants vivants ;

3^e grossesse : à terme ; enfant mort pendant le travail ;

5^e grossesse : avant terme, à 7 mois ; enfant vivant, mort 20 minutes après sa naissance.

La dernière grossesse remonte à 26 mois : l'enfant est vivant, c'est le seul : tous les autres sont morts très jeunes.

Tous ces accouchements ont été normaux et aucun n'a nécessité d'intervention.

Histoire de la grossesse actuelle. — Cette femme, qui a toujours été réglée très régulièrement, a vu ses dernières règles le 27 décembre 1902. Depuis cette époque elle n'a pas perdu de sang. Dès le commencement de sa grossesse, la malade remarqua que son ventre grossissait beaucoup plus rapidement qu'à ses grossesses antérieures ; mais néanmoins elle n'éprouvait aucune espèce de fatigue, ni de gêne et pouvait continuer à vaquer, comme d'habitude, à ses occupations jusqu'au 14 juillet 1903.

Dans la nuit du 13 au 14 juillet, la malade ressentit quelques douleurs dans le ventre et dans la région lombaire. Le 14 au matin, elle se leva, mais, en raison de l'intensité des douleurs, elle fut obligée de s'aliter.

(1) Communiquée à la société d'obstétrique de Paris. Séance du mois de novembre 1903. En collaboration avec M. le D^r Boissard.

Le 16 juillet, elle se décida à consulter un médecin, qui lui donna le conseil d'entrer à l'hôpital.

Entrée le 17 juillet. A l'inspection, on constate une augmentation considérable du volume de l'abdomen.

La palpation fait reconnaître : 1° un utérus dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, contenant un enfant vivant, très mobile, sans présentation nettement définie. — 2° En avant de l'utérus, une tumeur mate, fluctuante, superficielle qui n'est autre que la vessie distendue. La miction est très pénible depuis quelques jours : une sonde introduite immédiatement donne issue à 1700 grammes environ d'urine, de coloration normale, mais qui contient de l'albumine. — 3° Tout autour de l'utérus, on sent la masse intestinale remplie de matières et de gaz ; en effet, la malade présente des phénomènes d'obstruction intestinale : elle n'a rendu ni matières, ni gaz depuis le 13 juillet.

Par le toucher vaginal, on arrive sur une masse énorme remplissant tout le bassin, dans lequel elle est profondément engagée. Cette tumeur est régulière de forme, de consistance molle mais non fluctuante, avec quelques portions plus dures dans la partie en rapport avec le côté gauche du bassin. Elle paraît développée aux dépens de la face postérieure de l'utérus avec lequel elle semble faire corps. L'utérus est repoussé en totalité en avant et en haut : en effet, le doigt arrive très difficilement sur le col utérin, qui est situé derrière et au-dessus de la symphyse pubienne.

Par le palper et le toucher combinés, il est impossible de se rendre compte des rapports abdominaux de la tumeur.

Chloroformisation de la malade. La main est introduite dans le vagin ; elle mobilise facilement la tumeur et la repousse au-dessus du détroit supérieur. Mais la réduction ne se maintient pas, et la tumeur retombe dans l'excavation dès qu'on retire la main.

Le diagnostic porté est : tumeur rétro-utérine de nature probablement fibromateuse développée aux dépens de la face postérieure du segment inférieur, enclavée dans le bassin et produisant mécaniquement des phénomènes de rétention d'urine d'une part, d'obstruction intestinale d'autre part.

Les autres organes sont sains. La malade accuse seulement un peu de dyspnée due au refoulement du diaphragme par la masse intestinale distendue par les gaz.

Traitement : évacuation de la vessie avec la sonde. Purgatifs. Régime lacté.

18 juillet. — La malade a été sondée 2 fois dans la journée. Une évacuation intestinale. Sonde à demeure dans le rectum.

20 juillet. — Persistance des phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum. Obligation de sonder la malade.

22 juillet. — On essaie à nouveau de mobiliser la tumeur sous chloroforme, et on fait un tamponnement vaginal serré pour maintenir la réduction.

23 juillet. — La malade a uriné seule.

25 juillet. — La miction est devenue facile. Le tamponnement vaginal est retiré et les jours suivants la malade continue à uriner seule. Les garde-robes sont beaucoup plus faciles. L'abdomen a diminué de volume. Pas de gêne de la respiration. Urines normales. La malade, se sentant mieux, demande à quitter l'hôpital. Elle part le 1^{er} août pour rentrer à nouveau le 12 août.

A ce moment, on constate que l'utérus a augmenté de volume et dépasse l'ombilic de quatre travers de doigt. Grossesse d'environ 7 mois. Enfant vivant. Sommet en OIGT très élevé et très mobile. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Par le toucher vaginal, on constate que la tumeur occupe complètement l'aire du détroit supérieur, mais qu'elle ne pénètre pas dans l'excavation. Par contre, cette tumeur n'est plus mobilisable : elle paraît adhérente au pourtour du bassin. Le col utérin est toujours rejeté en haut et en avant, très difficilement accessible. Pas d'œdème des jambes. Appétit normal. La malade est maintenue au lit. Comme la tumeur ne paraît plus pouvoir être déplacée et qu'il n'existe plus de phénomènes de compression du côté de la vessie et du rectum, on ne pratique pas de nouvel examen sous chloroforme et on décide d'attendre le terme de la grossesse, se réservant de faire telle intervention qui sera nécessaire.

28 août. — Peu à peu la malade a maigri. Elle a pâli et perdu une partie de ses forces, bien qu'elle ait continué de s'alimenter. Elle n'est pas cachectique et n'éprouve pas de douleurs lombaires ni abdominales. Cependant la tumeur est descendue progressivement dans l'excavation pelvienne. On fait une nouvelle tentative pour la mobiliser, mais sans résultat.

Brusquement, dans la nuit du 21 au 25 août, la malade éprouve des douleurs utérines violentes qui sont calmées momentanément par la morphine. Cependant le travail se déclare et la poche des eaux se rompt le 29 août à 9 heures du soir. A ce moment, la température monte à 39,2.

30 août. — 9 heures du matin. Contractions utérines violentes. La tumeur est très fortement engagée dans l'excavation. Tout à fait derrière la symphyse, on constate que le col utérin est très largement dilaté, et on arrive sur un pli du cuir chevelu. L'enfant, de petit volume, vivant, se présente par le sommet en OIGT ; $T^o = 38$. En raison du petit volume de l'enfant et des phénomènes d'infection chez la mère, l'hystérectomie abdominale qui paraissait devoir être l'opération de choix est rejetée, et on décide d'essayer d'extraire l'enfant par les voies naturelles à l'aide d'une version par manœuvres internes.

Intervention. — En introduisant la main, on essaie de désenclaver la tumeur pelvienne, mais sans y parvenir.

Péniblement, la main chemine en avant de la tumeur, pénètre dans le col ; mais l'avant-bras, comprimé douloureusement par le bord inférieur des arcades pubiennes, ne peut avancer. On est obligé de s'agenouiller pour faire pénétrer l'avant-bras verticalement de bas en haut, au ras de la face postérieure de la symphyse. On arrive très lentement et par des mouvements de vrille, à entrer dans l'utérus, à repousser la tête fœtale et à saisir un pied qu'on abaisse. L'évolution fœtale se fait lentement. Un lacs est placé sur le pied abaissé pour le maintenir pendant que la main rétropulse le cordon qui a été amené, le fœtus se trouvant placé à cheval sur son cordon. Le second pied est abaissé immédiatement. On décide d'en rester là et d'attendre, espérant que l'engagement fœtal pourra produire du côté de la tumeur des modifications de siège et de consistance qui permettront l'extraction du fœtus. Mais, sous l'influence des contractions utérines, le tronc se dégage progressivement, tellement que l'extraction rapide paraît devoir être tentée. En introduisant la main pour faire la manœuvre de Mauriceau et saisir la bouche de l'enfant qui est très haut placée, on essaie à nouveau de repousser la tumeur. A notre grande surprise, cette tumeur, sur qui les manœuvres de désenclavement avaient échoué jusque là, se mobilise et remonte immédiatement dans l'abdomen, laissant une large place au passage de la tête fœtale, qui est extraite avec la plus grande facilité.

L'enfant naît en état de mort apparente et est ranimé au bout d'une heure, grâce aux soins dévoués de M^{lle} Thomas, sage-femme de garde. C'est une fille pesant 2 kilog. 270 grammes.

Principaux diamètres : OF = 9,4 ; OM = 12,5 ; BiP = 8,7 ; BiT = 8 ; SoM = 9,3.

Délivrance artificielle à 10 heures du matin. Placenta pesant

450 grammes. Injection intra-utérine de sublimé à 1/4000. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum de Hayem. Toniques. Durée totale du travail : 26 heures.

L'examen de la malade, pratiqué sous chloroforme immédiatement après la délivrance, a montré que :

1° l'utérus était dévié à droite et ne présentait aucune irrégularité, ni à sa surface, ni dans son intérieur, et que par conséquent il ne contenait pas de fibromes ;

2° l'excavation était libre ;

3° il existait dans l'abdomen, au niveau de l'hypocondre gauche, une grosse tumeur, dure, complètement indépendante de l'utérus, séparée de lui par un large sillon non mobilisable avec lui et paraissant développée aux dépens de l'ovaire gauche.

Le diagnostic réel était donc tumeur solide de l'ovaire.

31 août. — La malade n'a pas de fièvre. Son pouls est petit, rapide, mais régulier. Le ventre est souple, non douloureux. Injection sous-cutanée de sérum et de caféine. Le soir la température monte à 39°. Injection intra-utérine de sublimé à 1/4000.

1^{er} septembre. — Pouls petit, rapide. Léger météorisme abdominal. Pas de douleurs. Quelques vomissements. T° matin, 37 ; soir, 38.

2 septembre. — Vomissements. Météorisme abdominal plus accentué. Pouls filiforme. État général mauvais. Pâleur de la face. Mort à 4 h. 30 de l'après-midi.

L'enfant est mort au bout de 8 jours.

Autopsie. — L'autopsie a montré que la cavité péritonéale contenait une grande quantité de sang. L'utérus est dévié à droite, revenu en partie sur lui-même et ne présente pas de traces de solution de continuité. Le flanc gauche est occupé par une tumeur volumineuse reliée à la partie externe de l'ovaire droit par un court pédicule qui croise obliquement la face postérieure de l'utérus. Il s'agit donc d'une tumeur ovarique droite et non gauche ainsi qu'il avait été diagnostiqué après l'accouchement. La trompe droite est saine. En arrière d'elle se trouve l'ovaire qui ne présente pas de modifications de volume. De la partie externe de cet organe part un court pédicule qui aboutit à un petit kyste gros comme une orange, rempli d'un liquide citrin et implanté sur la partie inférieure du bord droit de la tumeur. Cette tumeur, située sur un plan postérieur à celui de l'utérus avec lequel elle ne présente pas d'adhérences, a une forme générale ovoïde. Sa surface antérieure est lisse, blanchâtre, régulière et polie. Son bord droit donne attache en bas au

pédicule. Son bord gauche adhère dans toute son étendue au côlon descendant. Son extrémité inférieure occupe le cul-de-sac de Douglas où elle a contracté des adhérences nombreuses et très résistantes qui l'unissent au vagin et au rectum par l'intermédiaire du péritoine. Sa face postérieure est adhérente au mésentère et à un certain nombre d'anses de l'intestin grêle. Ces adhérences très serrées rendent l'enlèvement de la tumeur très difficile sur le cadavre ; elles auraient été sur le vivant un obstacle insurmontable au cours d'une opération.

La tumeur, l'utérus et les annexes sont enlevés ensemble. La tumeur est effritée sur sa face postérieure, son bord gauche et son pôle inférieur, à cause des nombreuses adhérences qui ont du être détachées. Elle pèse 2.125 grammes et mesure 22 centimètres de hauteur, 19 de large et 9 d'épaisseur. Elle a une consistance uniformément dure et ne présente pas de parties fluctuantes autres que le kyste signalé plus haut et un petit kyste gros comme une noisette situé à la partie supérieure du bord droit. A la coupe, pratiquée suivant son grand axe vertical, cette tumeur est dure et présente un aspect différent dans la moitié supérieure qui est blanc jaunâtre, dure et sans vacuoles, tandis que la moitié inférieure, plus molle et rougeâtre, est infiltrée de sang.

Les annexes gauches sont saines. Les autres appareils ne présentent pas de lésions. Nulle part on ne trouve trace de généralisation de métastase.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par MM. Renon et Paiseau, qui ont bien voulu nous communiquer la note suivante.

La pièce ayant été conservée dans le formol : durcissement dans l'alcool ; inclusion à la paraffine ; coloration à l'hématéine et éosine par le procédé de la décoloration progressive. Quelques coupes ont été traitées par la fuchsine à l'aniline et l'acide picrique après traitement par la liqueur de Fleming.

Les morceaux de la tumeur prélevés comprenaient deux parties bien distinctes : une partie provenait de la masse solide de la tumeur qui en constituait la plus grande partie ; un fragment de la paroi d'un kyste gros comme un œuf qui s'était en partie énuclé du reste de la masse.

A l'examen à l'œil nu, la tumeur se présente avec l'aspect du tissu fibreux, sauf pour un morceau prélevé au pôle inférieur qui est infiltré de sang, lequel en modifie l'aspect.

Sur certaines coupes on voit nettement que le stroma de la tumeur est uniquement constitué de tissu fibreux ; cellules adultes, fibres ondu-

lées. A de rares places, quelques points d'infiltration embryonnaire, mais nulle part on ne trouve de tissu néoplasique permettant de faire croire à une évolution sarcomateuse.

Sur d'autres coupes, au milieu du stroma, on trouve des productions nettement épithéliales. Cet épithélium forme des festons qui s'ordonnent pour limiter de petites cavités, en même temps que des cellules néoplasiques issues de cette couche épithéliale s'enfoncent dans le stroma. D'autre part, on voit un véritable processus de défense au niveau de certaines de ces infiltrations épithéliales, constitué par une infiltration embryonnaire assez abondante.

Si sur quelques coupes, la néoplasie épithéliale est encore limitée, sur d'autres au contraire elle prédomine et il est permis de reconnaître aux cellules qui les constituent le caractère néoplasique : gros volume des noyaux qui sont irréguliers ; atypie des cellules.

La paroi du kyste est constituée et par un stroma conjonctif analogue à celui du reste de la tumeur et un revêtement épithélial formé d'une couche de cellules cylindriques, mais dont les caractères rappellent ceux des éléments épithéliaux du reste de la tumeur.

En résumé, on a affaire à une tumeur solide développée aux dépens de l'ovaire. La grosse partie de la tumeur est de nature fibreuse ; une partie seulement a subi la dégénérescence épithéliale, dégénérescence caractéristique des tumeurs épithéliales de l'ovaire, qui permet de la faire rentrer dans leur cadre et qui s'était déjà manifestée microscopiquement par la présence de quelques kystes disséminés dans la masse.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Tumeur maligne de l'ovaire droit chez une femme enceinte de 5 mois. Laparotomie. Mort par généralisation cancéreuse. — Pas d'avortement.

Mad. G... Marie, 40 ans. Entrée le 6 juin à la maternité de l'hôpital Tenon.

Réglée à 14 ans, elle a toujours eu des règles régulières, abondantes, non douloureuses ; les dernières datent du mois de janvier.

Elle a eu onze enfants venus à terme : ces accouchements ont tous été normaux ; le dernier remonte à 2 ans.

La malade est enceinte d'environ cinq mois ; le début de la grossesse a été marqué par quelques vomissements.

Pour la première fois, l'an dernier au mois d'octobre, la malade a eu

quelques douleurs dans le côté gauche du ventre ; depuis deux mois, ces douleurs se sont localisées à droite et sont devenues beaucoup plus fortes depuis quinze jours. Ces douleurs ressemblent à de véritables coliques ; elles sont intermittentes, surviennent par crises d'une extrême acuité.

Depuis que ces douleurs ont pris un caractère plus aigu, c'est-à-dire depuis quinze jours, la malade a remarqué qu'elle portait dans le côté droit du ventre une tumeur sensible à la pression et dont le volume augmentait d'une façon progressive et rapide.

C'est à la suite d'une crise douloureuse plus particulièrement violente, que le médecin de la malade l'envoie à la Maternité de l'hôpital Tenon où elle séjourne 24 heures, pour être placée ensuite dans le service de M. Lejars.

L'examen physique fait reconnaître :

1° Un utérus gravide remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic ;

2° A droite, au niveau de la fosse iliaque, on sent une masse de la grosseur des deux poings, dure, bosselée, extrêmement douloureuse. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire à pédicule tordu ou de fibrome utérin pédiculé et à pédicule tordu, chez une femme enceinte de cinq mois.

Le toucher vaginal constate un utérus à segment inférieur très-dilaté au niveau duquel on perçoit le ballotement, un col très ramolli, mais on n'arrive pas sur la tumeur, que l'on perçoit par la palpation de l'abdomen.

Pas d'ascite dans l'abdomen.

L'état général est excellent, dans l'intervalle des crises douloureuses. La malade mange et digère bien. Elle accuse seulement un peu de constipation. Elle n'a pas maigri.

Le cœur et les poumons sont sains.

Pas de température.

La laparotomie est pratiquée par M. Lejars, le 8 juin. Après ouverture du péritoine, on trouve un utérus gravide remontant jusqu'à l'ombilic. A droite de lui est une tumeur haut située, noirâtre extérieurement, adhérente sur toute sa surface antérieure à l'épiploon. On la décortique en pinçant au fur et à mesure les vaisseaux de l'épiploon. On enlève la masse qui est reliée par un court pédicule à l'aileron postérieur du ligament large. On lie les vaisseaux et l'on reconstitue par un surjet le ligament large.

Des noyaux néoplasiques de dimensions variables infiltrent l'épiploon dont toute la partie inférieure est réséquée.

Un semis de granulations néoplasiques existe sur le péritoine pariétal.

Les anses intestinales voisines sont rouges, vascularisées et présentent également à leur surface de petits noyaux néoplasiques.

Réunion de la paroi sans drainage.

La tumeur enlevée est dure, bosselée, blanchâtre à la coupe, sans aucun kyste, et a l'aspect de l'épithélioma.

Les suites opératoires sont excellentes, et la malade repasse à la Maternité de Tenon le 20 juin.

Du 20 au 30 juin, l'état général a été en déclinant peu à peu. L'appétit disparaît. Les forces diminuent et la malade commence à maigrir. Elle n'a pas de fièvre.

Puis le ventre se ballonne, un météorisme excessif distend les anses intestinales. La respiration devient très gênée. Enfin apparaissent des phénomènes d'obstruction intestinale.

La malade refuse toute espèce d'intervention nouvelle. D'ailleurs, la cachexie a fait de très rapides progrès. Le pouls devient petit et très rapide, la température restant normale. Des vomissements fréquents apparaissent et, le 7 juillet, la malade, mourante, est emmenée chez elle par son mari.

L'avortement n'eut pas lieu.

Nous avons su depuis, par le médecin traitant, que cette malade était morte dans la nuit qui avait suivi son départ de l'hôpital.

OBSERVATION III

PINARD. Grossesse. Siège. Tumeur sarcomateuse de l'ovaire. Hernie ombilicale. Albuminurie. Opération de Porro. Enfant vivant de 3.370 grammes. Guérison de la mère revue en bonne santé 7 ans après. Compte-rendu de la clinique Baudelocque, 1891, p. 72. Obs. n° 928

La nommée B..., âgée de 24 ans, entre à la clinique Baudelocque le 16 février.

Elle est accouchée une première fois il y a cinq ans, à terme d'un enfant mort se présentant par le siège.

Lors de son entrée, elle se croit enceinte : les dernières règles ont eu lieu le 27 septembre.

Le diagnostic présente au début quelques difficultés en raison du

développement considérable du ventre, de l'anasarque et de l'ascite ; la malade a une hernie ombilicale assez développée. Albumine dans les urines.

Quelques jours après l'entrée de la femme dans le service, M. Pinard formule le diagnostic de grossesse avec hydropisie de l'amnios et tumeur juxta-utérine assez volumineuse pour gêner l'accouchement. Cette tumeur dure, volumineuse, occupe le cul-de-sac latéral droit, et ne peut être refoulée au-dessus du détroit supérieur en raison de son volume. La température reste normale jusqu'au jour de l'opération.

La femme entre en travail le 18 juin. L'opération est pratiquée à midi 1/4 par M. Pinard. Il enlève l'utérus et un sarcome de l'ovaire droit pesant 883 grammes. La température reste normale. Elle s'élève seulement à 38,2 le 21 avril. La malade sort bien portante le 22 juillet.

L'enfant pèse 3.370 grammes à sa naissance et 3.670 à la sortie. Il a présenté des abcès sous-cutanés du cuir chevelu quelques jours après sa naissance.

La mère et l'enfant ont été revus à différentes reprises en bonne santé tous deux.

OBSERVATION IV

SPENCER WELLS. — (*Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Cas 476, p. 411*)

*Tumeur fibreuse de l'ovaire avec grossesse. — Ovariectomie. Guérison
Continuation de la grossesse*

Une femme mariée, âgée de 29 ans, mère d'un enfant, vint me trouver en 1872, avec une tumeur ovarienne du côté droit. L'état général paraissait bon, bien qu'elle fut un peu maigre. La peau de l'abdomen était tendue et luisante, les vergetures très marquées. A droite, il y avait de la sensibilité, avec de la fluctuation très nette, mais pas de crépitation. A la percussion, on constatait en haut de la sonorité qui variait selon la position.

Dans la région lombaire, on trouvait de la matité quand la malade était sur le dos, et de la sonorité quand elle était couchée sur le côté. La position de l'utérus était normale, le col mou et étalé. Les règles avaient cessé depuis 3 mois. L'urine était claire, acide, non albumineuse, chargée d'acide urique. L'état général n'était pas mauvais, le pouls à 100, les bruits du cœur normaux et il n'existait aucun antécédent héréditaire.

Il y avait 12 mois qu'elle s'était aperçue d'une augmentation de

volume qu'elle attribuait à la grossesse ; mais la réapparition de ses règles la laissa dans le doute et au bout de 8 mois, elle n'était pas plus grosse qu'à la fin du 3^e mois. Tout d'abord, on sentait la tumeur plutôt du côté droit, elle ne causait ni douleur, ni sensibilité, ni aucun autre trouble spécial.

Depuis un mois, elle avait rapidement augmenté et, bien qu'on reconnût une grossesse de 4 mois, il y avait une telle tension de l'abdomen, quand la malade entra à Samaritan Hospital, qu'on la ponctionna et qu'on retira plusieurs litres de liquide. Après cela, on put sentir dans la région iliaque droite, une petite tumeur dure, mobile, que je considérai comme étant la partie solide d'une tumeur multiloculaire qui s'était rompue. Le volume de l'utérus, le ramollissement du col, l'aménorrhée datant de 3 mois, constituaient presque des signes de certitude de grossesse.

Le 13 mars, je pratiquai l'ovariotomie, en faisant une incision de 0m. 13 entre l'ombilic et la symphyse. Il s'écoula près de 3 litres de liquide clair de la cavité péritonéale et je sentis l'utérus, gros, tendu comme un kyste mince. A droite et au-dessus de lui, se trouvait une tumeur dure, maintenue en place par l'épiploon qui y adhéra et séparée de la trompe par le ligament large. Je passai, au travers du ligament une aiguille avec un fil de soie et j'en fis la ligature. J'enlevai le kyste, sans toucher à la trompe et je coupai les fils court. Je ne pus sentir l'autre ovaire, tellement l'utérus était gros et tendu, et tellement je prenais garde de le déranger. Le 5^e jour, la plaie était cicatrisée et les sutures enlevées. La malade guérit et donna naissance à un enfant petit, après un travail rapide, au 6^e mois de la grossesse. Depuis, elle a eu un autre enfant à terme ; et, en 1881, elle se porte très bien.

La tumeur était constituée par une masse presque solide de tissu fibreux blanchâtre, infiltré par places d'un liquide épais, translucide, qui s'était par-ci par-là rassemblé dans des aréoles distendues. Mais, vers la partie supérieure, il y avait une cavité irrégulière, divisée par des cloisons incomplètes et remplie de caillots sanguins, en partie organisés. Le pédicule était formé par une double couche de péritoine, long d'environ 0, 035 et large de 0, 006, contenant quelques vaisseaux et du tissu cellulaire. La tumeur mesurait six pouces et demi dans un sens et trois pouces 1/2 dans l'autre.

OBSERVATION V

KLEINWACHTER. — *Fibrome ovarique. — Opération césarienne.*
(*Archiv. f. gynäkologie.* 1872)

Le 31 mai 1868 entre à la clinique une primipare de 31 ans, en travail depuis le 25 ; le travail est violemment engagé depuis le 29, les eaux sont écoulées.

La grossesse a, paraît-il, été normale et la santé toujours bonne.

Présentation du sommet ; mais on constate par le toucher à 3 ou 4 centimètres, une tumeur dure, comme osseuse immobile.

Le fœtus est bien portant.

Diagnostic : Exostose.

Indication ; Opération césarienne.

Autopsie. On trouve dans le ligament large droit un ovaire gros comme une tête d'enfant, de consistance osseuse ou cartilagineuse.

La transformation de tissu est presque complète ; à la partie inférieure seulement on constate encore au microscope la présence du tissu fibreux. La tumeur large de 10 cent. et haute de 8, était descendue dans le petit bassin et barrait le passage au fœtus. Sur le cadavre on a pu la réduire dans le grand bassin. Pendant la vie, après la délivrance, on avait déjà pu la réduire, mais le travail était beaucoup trop avancé à l'arrivée de la malade pour que cela fut possible avant la gastrotomie.

OBSERVATION VI

CASATI L. — *Enorme fibro-sarcome de l'ovaire gauche. — Grossesse de 4 mois. — Ovariectomie. — Avortement. — Péritonite partielle suppurée. — Guérison* (*Communication et considérations du docteur Bertaccini*).

(*Raccogliore medico* Forlì. 1883. 4^e S. XIX. p. 277-292).

M^{me} Testi, 29 ans, entre à l'hôpital le 3 janvier.

Etant enfant, a eu la rougeole et quelques bronchites prolongées.

Réglée à 18 ans, régulièrement quant à l'époque, la quantité et la qualité.

Mariage à 25 ans. 10 mois après, 1^{er} accouchement normal.

2^e accouchement normal en 1880.

Deux mois après ce dernier accouchement, elle s'aperçoit d'une petite

tumêur, grosse comme un œuf de pigeon, dans la fosse iliaque gauche. Elle prévient son mari qui l'engage à voir son médecin, mais comme la malade ne souffrait pas, elle n'en fit rien.

Le retour de couches eut lieu 2 mois après l'accouchement ; les règles continuèrent régulièrement jusqu'en septembre dernier.

La sécrétion lactée a duré, abondante, pendant 20 mois, après le premier accouchement ; au 2^e accouchement, elle disparut au bout de cinq mois.

La petite tumeur eut un développement très lent tant que dura la menstruation ; mais dès que celle-ci cessa, la malade dit que son ventre augmenta rapidement. Vers la fin de novembre dernier, la Testi se fit visiter par Casati qui lui conseilla de laisser de côté les onguents, cataplasmes et autres médicaments, et d'entrer à l'hôpital pour y subir une opération qui devait être le seul traitement efficace pour sa maladie.

Comme les troubles dont se plaignait la Testi n'étaient pas encore très graves, elle se refusa à l'opération, mais vers le milieu de décembre, après un voyage dans une voiture sans ressort, elle commença à sentir des douleurs dans la région correspondante à la tumeur ; et même de temps en temps, après la douleur, elle y sentait comme des pulsations qui duraient quelques minutes. Il s'y ajoutait des névralgies à la face antérieure et interne de la cuisse gauche. Toutes ces douleurs allèrent en augmentant de plus en plus, si bien qu'un mois après, la simple pression du ventre, même très légère, était très douloureuse. Alors la malade se décida à se laisser opérer, disant qu'elle aimait mieux mourir que de traîner ainsi une existence pleine de tourments.

Examen objectif le 4 janvier. Stature moyenne. Développement régulier du squelette. Pâleur générale. En maniant sur une grande surface la masse musculaire, on la trouve molle et flaccide. Le visage est tellement émacié que la malade paraît 40 ans. L'examen de la poitrine montre une pleurésie séro-fibrineuse droite. Cœur faible. Ventre globuleux avec point culminant deux doigts au-dessus de l'ombilic, un peu à gauche de la ligne médiane. La circonférence au niveau de l'ombilic est de 89 centimètres. L'ombilic est distant de 14 cm. de l'apophyse xyphoïde et de 19 cm. du pubis. En mettant la main sur la tumeur et en faisant respirer profondément la malade, on sent que la tumeur s'élève avec l'inspiration et s'abaisse avec l'expiration. Par la palpation, douloureuse à la malade, on arrive à circonscrire une grosse tumeur solide, à surface lisse, déplaçable dans tous les sens et on

constate la présence d'une certaine quantité de liquide libre dans la cavité péritonéale. A la percussion, on trouve un son tympanique au niveau de l'épigastre, un son mat de l'ombilic au pubis. Quand la malade est couchée sur le dos, il y a également de la matité dans les parties latérales du ventre.

Toucher vaginal. L'orifice du col utérin est partagé en deux par la cicatrice des accouchements antérieurs. Le col est légèrement tuméfié et suit les mouvements latéraux imprimés à la tumeur. Si on la tire en haut, le col utérin reste immobile. En faisant le toucher rectal, on constate qu'il n'y a pas d'adhérences pelviennes.

Diagnostic. — Casati conclut au diagnostic de *sarcome complètement solide de l'ovaire gauche avec péritonite concomitante*, probablement causée par des adhérences pariétales et conclut à l'opération dès que l'état de la malade serait amélioré.

Opération. — Casati pratique une incision de l'ombilic au pubis ; il en sortit une certaine quantité de liquide de couleur jaune citrin, un peu trouble. Il introduisit ensuite la main et retira une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte. Le pédicule était plutôt frêle, petit et long. On y passe une aiguille de de Roubaix et on fait ensuite une ligature en deux segments avec de la soie phéniquée. Dans la ligature fut comprise tout le pavillon de la trompe adhérent à la tumeur. A la face supérieure de la tumeur adhérait aussi toute la partie inférieure de l'épiploon qu'on réséqua. Malgré le soin avec lequel les ligatures furent faites, on voyait en deux ou trois points de la surface de section du grand épiploon, un léger écoulement sanguin qui cessa après cautérisation au thermo-cautère. En nettoyant le péritoine, l'opérateur fut surpris de trouver une autre tumeur fluctuante, débordant de deux doigts l'excavation pelvienne, sur laquelle serpentaient de nombreux vaisseaux et qu'on ne tarda pas à reconnaître pour l'utérus gravide.

Fermeture de l'abdomen et pansement.

Comment se fait-il qu'on n'avait pas fait le diagnostic de grossesse ? La menstruation manquait, il est vrai, depuis 4 mois, mais ce signe n'était pas d'un grand poids, car nous savons combien sont nombreuses les causes de suppression de la menstruation chez la femme, et dans notre cas, on pouvait expliquer cette suppression par le degré avancé d'hypotonie et d'anémie que la tumeur avait amené chez la malade. D'autre part, il manquait les vomissements, les nausées, le gonflement des seins et les autres symptômes rationnels que la Testi avait déjà ressentis au moment de ses grossesses antérieures. Même si

ces signes avaient existé, nous n'aurions certainement pas pu nous y fier beaucoup, étant données les conditions particulières de la malade. L'unique fait qui aurait pu nous mettre sur la voie du diagnostic, résidait dans les modifications du col de l'utérus, et nous n'avons pas manqué d'y apporter notre attention. Mais le col n'était déplacé, ni en haut, ni en bas, ni latéralement. Il était légèrement tuméfié, mais nous avions pensé que dans la station debout la tumeur gênait la circulation de l'utérus et provoquait le gonflement œdémateux du col. Ensuite l'orifice n'était pas ramolli et ne permettait pas l'introduction de l'extrémité de la pulpe du doigt explorateur. On ne sentait pas le corps de l'utérus. Heureusement, on ne fit pas le cathétérisme intra-utérin.

Aurait-on pu, avec ces signes, conclure à la grossesse ?

Mais supposons un instant que nos recherches nous aient amené à conclure que la Testi était enceinte, quelle aurait été la conduite à tenir ?

Aurait-on dû attendre le terme ou provoquer l'avortement et attendre la fin de cet avortement pour faire l'ovariotomie ? ou faire l'opération sans s'occuper de sa grossesse ?

En tenant compte de la rapide augmentation de la tumeur, de sa nature solide, de l'état grave cachectique de la malade, je crois qu'il ne serait venu à l'idée de personne d'attendre plus longtemps, car le danger était trop imminent et il était nécessaire de faire quelque chose pour le conjurer.

Pour ce qui est de l'expectative, quand il s'agit d'un kyste uniloculaire, certains chirurgiens proposent la ponction répétée, mais celle-ci n'est pas exempte de dangers et quand elle est répétée souvent elle augmente la cachexie par la grande soustraction d'albumine qu'elle fait à l'organisme. Mais, dans notre cas, comme il s'agissait d'une tumeur solide je ne pouvais penser à la ponction. La tumeur avait d'ailleurs une grande tendance à augmenter et au dire de la Testi, depuis l'arrêt de la menstruation, le gonflement du ventre avait considérablement augmenté.

Casati estime donc que l'expectative devait être rejetée et qu'il fallait intervenir promptement. Quant à la façon d'intervenir : ovariectomie ou avortement, je dirai que l'avortement, outre qu'il sacrifie la vie de l'enfant peut donner lieu à des processus inflammatoires qui diminuent toujours les probabilités d'une issue favorable à l'ovariotomie.

Après l'opération, une fois réveillée, la malade se plaignit de fortes douleurs dans le ventre. Pouls = 100. Respiration = 30. Température = 37.

Quelques heures après, elle se plaignit de douleurs très vives dans la région lombaire et à 3 heures 1/2 de l'après-midi elle eut un vomissement bilieux. Elle refusa de prendre aucune boisson ou potion. Vers minuit, nouveau vomissement. Le pouls était faible et fréquent, mais se soutenait assez. T° normale. Elle prit quelques verres de champagne. Les douleurs lombaires très violentes empêchaient le sommeil.

Le 14 au matin, injection de morphine. La malade fut calmée pendant 2 heures, puis les douleurs lombaires recommencèrent. La tolérance de la morphine étant confirmée par l'arrêt des vomissements, Casati fit 2 ou 3 injections de morphine dans la journée. La malade était sondée toutes les 3 heures ou même plus souvent, car les douleurs augmentaient dès qu'il y avait une certaine quantité d'urine dans la vessie. La nuit fut assez tranquille, sauf quelques douleurs lombaires.

Le matin du 15, les douleurs lombaires la firent assez souffrir. Le ventre est un peu météorisé et douloureux à la palpation. Du vagin coulait un peu de mucus de mauvaise odeur. Pulsations = 124. Respiration = 32. T° = 37,3. Vers midi, vomissements. Le soir, T° = 39.

16 janvier. P. = 124. R. = 32. T. = 36. Ventre légèrement ballonné et un peu douloureux à la palpation. Douleurs dans les lombes et dans le ventre. Vomissements répétés.

17 janvier. P. = 132. R. = 28. T. = 36,3. Beaucoup de diarrhée dans la nuit. Morphine.

18 janv. A dormi quelques heures. La diarrhée a cessé. A 6 h 1/2, avortement. L'œuf est expulsé en entier avec le placenta. Le fœtus est bien conformé, du sexe masculin, et a les dimensions d'un fœtus de 3 mois 1/2. P. = 136. R. = 32. T. = 38,5. — Irrigations vaginales.

19 janv. Écoulement vaginal sanguinolent sans odeur.

20 janv. P. = 120. R. = 32. T. = 38. En changeant le pansement et en palpant un peu le ventre au niveau de la partie supérieure de l'incision et en dehors d'un point ramolli environ au milieu de l'incision, on donna issue à du pus sanieux, d'odeur fétide. En comprimant un peu le ventre, puisque la pression était devenue supportable, le pus continué à couler en abondance.

Les jours suivants, drainage.

Amélioration progressive. La malade sort guérie le 24 février.

Examen de la tumeur. Poids = 1.850 gr. Forme ovoïde. Plus grand diamètre = 18 cm. Plus petit diamètre = 13 cm. Circonférence maxima = 48 cm. Circonférence minima = 32 cm. Surface lisse et

entièrement recouverte par le péritoine, sous lequel on voit des vaisseaux turgescents. Consistance dure.

En faisant une incision longitudinale, la surface de section se présente avec une couleur jaune rougeâtre, presque homogène. Une portion, grosse comme une petite noix, située vers l'attache du pédicule et de coloration rosée, a une consistance un peu plus molle que le reste de la tumeur. L'examen macroscopique montre donc qu'il s'agit d'une tumeur maligne de l'ovaire, probablement d'un sarcome.

L'examen microscopique de la portion plus molle de la tumeur fait voir un grand nombre de cellules rondes, assez grandes, avec noyau et granulations à l'intérieur, lesquelles sont çà et là entourées de substance fibrillaire qui, en certains points, forment des réseaux; en un mot, il s'agit d'un tissu analogue au tissu conjonctif, à un stade de développement embryonnaire.

L'examen de la partie plus résistante montre que les fibres conjonctives sont disposées en faisceaux plus ou moins compacts, bien développés, se dirigeant dans toutes les directions, avec des cellules rondes en quelques points, lesquelles, cependant, se transforment graduellement jusqu'à arriver au type fusiforme; on a, en somme, le tissu conjonctif arrivé à un degré plus avancé de développement.

Il s'agit donc d'un fibro-sarcome.

OBSERVATION VII.

W. GRIFFITH. — *Un cas de travail empêché par la présence dans le bassin d'un large fibrome de l'ovaire. La tumeur fut prise pour la tête d'un fœtus extra-utérin.*

(Tr. Obst. 1892. XXXIII. p. 140-147)

La malade fut envoyée en travail au grand Hôpital du Nord, le 9 février 1889. Une tumeur sphérique dure, occupant la cavité pelvienne est prise pour une grossesse extra-utérine empêchant l'enfant intra-utérin de pénétrer dans le bassin.

29 ans. Bonne santé habituelle. Mariée depuis 8 ans. Fausse couche 3 mois après le mariage. 3 enfants à terme vivants. Accouchements normaux, sans complications; le dernier il y a 4 ans. Six mois après le dernier accouchement, léger écoulement, quelques caillots, mais on ne sait s'il s'agit d'une fausse couche ou non.

Ménstruation très régulière, Dernières règles du 14 au 18 avril 1888.

En septembre 1888, au 5^e mois de sa grossesse, la malade eut quelques douleurs dans le côté droit de l'abdomen, mais sans hémorrhagie.

Les douleurs commencèrent la veille de l'admission à l'hôpital. Elles augmentèrent vers 3 heures de l'après-midi.

Entrée à l'hôpital à minuit. Malade considérablement amaigrie : Physionomie anxieuse. Fuliginosités sur les lèvres et sur la langue. Bouche et langue sèches. T° = 100 Fahrenheit. P = 124.

L'abdomen est distendu de façon irrégulière et spécialement proéminent à l'ombilic. Au-dessus du pubis, on trouve la vessie modérément distendue; au-dessus d'elle est l'utérus contenant un fœtus dont le siège est au fond, le sommet en bas, le dos à gauche et les petites parties à droite. On entend un souffle utérin sourd en un point situé immédiatement en dedans de l'épine iliaque gauche et le cœur fœtal à égale distance de ce point et de l'ombilic.

Il y avait un fort écoulement vaginal et une éversion de la vulve qui avait une coloration violacée.

A l'examen vaginal, le doigt tombe sur une masse dure, analogue à une tête fœtale bien située, si bien située que pas un de ceux qui l'examinèrent ne pensèrent que ce pouvait être autre chose. Elle occupait le cul-de-sac de Douglas distendu; elle était légèrement aplatie en avant, convexe en bas et en arrière. Par le toucher rectal, on la contournait. Cela semblait être une tête placée transversalement et une saillie longitudinale, analogue à une suture sagittale quand les pariétaux chevauchent, était trouvée sur la surface convexe inférieure. Cette tête paraissait être contenue dans une poche des eaux, une mince couche de liquide l'entourant. Elle arrivait à un pouce et demi de l'orifice anal et était mobile de droite à gauche dans l'intervalle des douleurs. Mais une pression même forte ne pouvait la faire remonter. Deux doigts pouvaient être glissés entre la tumeur et la symphyse et au-dessus de la symphyse on trouvait la tête du fœtus intra-utérin. La lèvre postérieure du col était haut située et de niveau avec le bord supérieur de la symphyse pubienne. On ne trouvait pas la lèvre antérieure. Entre la lèvre postérieure et la tête fœtale, on trouvait une anse de cordon. Il y avait eu issue du liquide amniotique. L'utérus était en état de rétraction commençante, et se relâchait incomplètement après chaque douleur.

Une consultation de médecin eut lieu, la malade étant sous le chloroforme. L'unanimité des opinions fut qu'il s'agissait d'une grossesse gémellaire intra et extra-utérine, que la tête extra-utérine bloquait le

pelvis, qu'on ne pouvait pas la déplacer et qu'il y avait seulement un espace de 2 doigts entre la symphyse et la tête extra-utérine.

On discuta sur 3 méthodes de délivrer la malade :

1° Opération césarienne, en essayant de sauver le fœtus vivant et laissant l'autre s'accommoder aux circonstances.

2° Délivrance du fœtus extra-utérin par incision vaginale.

3° Craniotomie du fœtus intra-utérin.

On élimina la 2^e méthode et comme les événements le démontrèrent, ce fut sage. Et Griffith est convaincu que si le diagnostic avait été exact, cette méthode aurait été la plus mauvaise.

Il y avait des opinions différentes au sujet des autres alternatives : césarienne ou craniotomie ; et nous résolûmes de ne faire entrer en ligne de compte que le danger couru par la mère, car chaque alternative offrait des avantages et des désavantages entre lesquels il était difficile de décider.

Pas de doute que la délivrance ne fût possible après la craniotomie quoiqu'elle parût devoir être difficile. La grande objection à cette façon de procéder était que les lésions qui auraient succédé inévitablement aux tractions prolongées auraient été une cause d'inflammation, avec grandes chances d'infection.

D'un autre côté, il n'était pas certain que l'opération césarienne se présentât dans de bonnes conditions. L'écoulement vaginal et l'éversion de la vulve, la température et le pouls étaient suffisants par eux-mêmes pour la faire craindre dangereuse. En outre, comme l'utérus formait la paroi antérieure de l'œuf extra-utérin, il pouvait se faire que la rétraction de l'utérus fût difficile et que, dans ce cas, on ne pût arrêter l'hémorrhagie.

Nous nous décidâmes donc à la craniotomie. La vessie fut vidée, le vagin et le rectum lavés. La tête fut perforée et des essais furent faits sans résultat pour amener la tête avec le céphalotribe. Les tractions ne purent amener la tête. Après deux essais infructueux, l'utérus étant trop fortement rétracté, la version fut faite et le corps et la tête extraits.

Pendant l'extraction de grosses veines dilatées de la vulve furent rompues ; l'hémorrhagie fut aisément arrêtée avec des pinces à forcipressure. L'utérus se contractait mal après la sortie de l'enfant et le placenta était resté fixé à la paroi antérieure et au fond de l'utérus. On fit une injection intra-utérine chaude avec une solution phéniquée à 1 p. 50 et une injection d'ergotine.

Suites opératoires. — La malade urina spontanément le 2^e jour. Les fuliginosités de la bouche et l'écoulement vulvaire disparurent rapidement. Peu de douleurs. La température oscilla entre 100 et 100³ avec tendance à l'ascension. Le 3^e jour, léger tympanisme abdominal. Le souffle utérin s'entend maintenant à droite et non à gauche, à 2 pouces au-dessus du milieu de l'arcade crurale et à 2 pouces à droite de la ligne médiane. Le 4^e jour, diarrhée arrêtée aisément. Le 7^e jour, symptômes sérieux, délire, et mort le 8^e jour.

A l'autopsie, il est facile de reconstituer les rapports des différents organes, tout le bassin et son contenu ayant subi une coupe vertico-médiane après durcissement dans l'alcool.

Description du bassin et de son contenu. — Le bassin est large et bien conformé. La vessie est située derrière le pubis et s'étend à 1 pouce au-dessus de lui. L'utérus est déplacé en haut et en avant par la tumeur, de telle sorte qu'il était entièrement au-dessus du pubis, à l'exception de la moitié inférieure du col. Le péritoine de la paroi abdominale antérieure passait directement sur l'utérus par dessus l'extrémité supérieure de la vessie. Un cul-de-sac utéro-vaginal était ainsi formé, mesurant 5 pouces 2, de profondeur. L'utérus mesurait à l'extérieur 6 pouces de long. Sa plus grande largeur était de 5 pouces. Une section sagittale montrait qu'il était divisible en 2 parties, un corps épais et un col à parois minces ; en arrière, la division était très nette. Comme d'habitude, la partie inférieure de la partie antérieure du corps était plus épaisse qu'en arrière, mais avec cette différence que les deux parois étaient à peu près de même épaisseur, savoir 0,7 p. Longueur de partie postérieure du col = 1,75 p. Longueur de partie postérieure du corps = 4,5 p. Longueur de partie antérieure du col = 1 p. Longueur de partie antérieure du corps = 4,25 p. Paroi postérieure du vagin = 4 p. Paroi antérieure du vagin = 3 p. La totalité de la moitié supérieure de la cavité utérine était rouge et irrégulière ; elle avait l'apparence d'avoir été le lien d'insertion du placenta. La paroi postérieure est encore plus inégale que l'antérieure quoiqu'au moment de la délivrance on ait trouvé le placenta inséré seulement sur la paroi antérieure et sur le fond. La zone rouge sur chaque paroi était triangulaire : la base regardait le fond et mesurait 2,5 p. et sa longueur s'étendait jusqu'à 2 p. du fond. Au-dessous, la surface était tout à fait lisse. Si cette zone représentait seulement la zone d'insertion du placenta, on peut voir qu'au 7^e jour elle forme une zone de 4 p. de long sur 2,5 p. de large dans sa plus grande dimension.

Ces mensurations de l'utérus et cet état de la muqueuse montrent que l'organe subissait son évolution normale. La différence d'épaisseur observée entre le corps et le col était due probablement à l'énorme distension du col et du vagin pendant le travail prolongé. Le déplacement en haut et en avant de l'utérus formait un vaste cul-de-sac utéro-sacré qui mesurait : du fond de l'utérus au fond du Douglas, 9 p. de hauteur sur 5 p. de largeur et 3.5 p. d'avant en arrière au niveau du promontoire sacré.

La portion pélvienne de la tumeur occupait la presque totalité de cette cavité excepté 1,7 p. de la partie inférieure. Cette partie était remplie de sérosité qui, pendant la vie, avait donné l'illusion de liquide amniotique entourant une tête fœtale. Ce liquide coagulé unissait la partie inférieure de la tumeur aux parois de la poche.

La saillie qui avait été prise pour la suture sagittale était formée par une crête de la tumeur produite sans aucun doute par la pression de la tête fœtale intra-utérine sur la tumeur. La partie supérieure de la tumeur ayant été dans l'alcool avait diminué considérablement de volume ; elle s'étendait derrière l'intestin le long des vertèbres lombaires jusqu'au niveau de la dernière côte gauche. Cette direction oblique correspondait exactement à la ligne d'insertion du mésentère.

La partie inférieure, spécialement en arrière, était gangrenée. C'était la partie qui avait le plus supporté de pressions.

La consistance de la tumeur était dure et fibreuse.

Examen microscopique. — La tumeur est constituée par des tissus fibreux et des cellules fuso-cellulaires. C'est un fibrome de l'ovaire. Elle était adhérente aux parties environnantes et provenait de la partie inférieure et postérieure de l'ovaire droit dont le reste était sain. La tumeur avait un long pédicule et si on eût fait la laparotomie et vidé l'utérus par une opération césarienne, on l'eût enlevé sans grande difficulté. Ses dimensions étaient de 9 p. de long sur 4 p. de large et 3,5 p. d'épaisseur. La trompe droite était saine.

La trompe et l'ovaire gauche étaient sains. Cet ovaire reposait sur la partie antérieure de la tumeur et lui était légèrement adhérent.

Le rectum était à gauche de la ligne médiane du sacrum.

Il y a peu à ajouter à la relation de cette observation. Si ce n'est que la conviction de Griffith est qu'une opération césarienne aurait donné les meilleures chances de guérison à la malade et que ce serait la meilleure conduite à tenir dans de semblables circonstances, quelle que soit la nature de la tumeur obstruante

OBSERVATION VIII

MAX. VOIGT. — *Opération de Porro au cours de la grossesse, pour tumeur maligne de l'ovaire. — Contribution à la pathologie du corps jaune.*

Observation provenant de la Clinique privée du docteur, Prochownick.
de Hambourg.

Femme H..., journalière, 30 ans. Réglée régulièrement. Durée des règles : 3 jours. Mariée depuis 4 ans. Un accouchement : siège, couches normales.

Dernières règles fin août 1893. A senti remuer en janvier. A cette époque, apparurent de légères douleurs qui sont devenues plus violentes dans les 3 dernières semaines. Les mictions, d'abord faciles, devinrent pénibles et douloureuses. La quantité d'urine émise diminua peu à peu. Grande faiblesse.

Examen le 23 avril 1894. Personne de taille moyenne, très amaigrie, se nourrissant mal. Anémie. Organes thoraciques sains.

L'abdomen est très volumineux, car, outre l'utérus remontant à droite qui offrait le volume d'un utérus au début du 5^e mois de la grossesse, une tumeur dépassant les dimensions d'une tête d'adulte dont la consistance paraissait ferme et élastique, remplissait complètement le côté gauche de l'abdomen. Partout, la percussion donne un son mat, et par les changements de position, il ne se produit pas de modifications appréciables. Œdème et varices des jambes. La vulve est œdématiée et présente plusieurs ulcérations gangréneuses.

L'examen vaginal montre que le bassin tout entier est rempli par une tumeur ayant une consistance kystique. La cloison postérieure du vagin se trouve tellement reportée en avant que la portion vaginale de l'utérus est inaccessible. Une ponction exploratrice de la tumeur faite par le vagin donne issue à un peu de liquide jaunâtre légèrement coloré en brun, alcalin, qui coagule par la chaleur. On suppose qu'il s'agit d'une grossesse compliquée du kyste de l'ovaire à pédicule probablement tordu. L'accouchement paraissant devoir être impossible par suite du rétrécissement considérable des voies d'expulsion, on décide de pratiquer l'ovariotomie pour mettre fin d'abord aux grandes souffrances de la malade et ensuite pour favoriser le travail.

Dans les 3 jours qui précédèrent l'entrée à la clinique, l'état de la malade empira beaucoup. Les douleurs devinrent plus violentes, analogues à celles du travail. Dyspnée. Diarrhée abondante. La quantité

d'urine diminue de plus en plus. Dans la dernière nuit, issue du liquide amniotique. T°. 36,2. Pouls 106. Par le cathétérisme de la vessie, on obtient seulement quelques centimètres cubes d'une urine fortement albumineuse.

Le 27 avril 1904, on pratiqua une nouvelle ponction exploratrice de la tumeur qui ne donna issue qu'à une petite quantité de liquide brunâtre, teinté de sang.

Le 28, T. = 38, 5. Pouls = 116. Anesthésie à l'éther.

À l'ouverture de la cavité abdominale, écoulement d'une grande quantité de liquide ascitique coloré en brun. Le fond de l'utérus se trouve à peu près à égale distance de l'appendice xyphoïde et de l'ombilic. À gauche et en arrière de l'utérus, une tumeur solide de consistance dure, dont le volume dépasse celui d'une tête d'adulte, remonte jusqu'à l'ombilic. Elle est adhérente à la paroi antérieure de l'abdomen, aux intestins, à la face postérieure de l'utérus et au plancher pelvien ; elle remplit le petit bassin et repousse l'utérus en haut et à droite. Elle provient de l'ovaire gauche. L'ovaire droit, fortement aplati, ne peut être considéré comme normal. On tente la décortication de la tumeur, difficile en raison de ses nombreuses adhérences. La tumeur ne se laisse détacher que par fragments plus ou moins volumineux, et c'est ainsi qu'à la face postérieure de l'utérus restent accolés quelques morceaux qu'on ne pourrait libérer sans danger pour l'utérus. L'hémorrhagie, au cours de l'intervention, est extraordinairement forte. Les surfaces d'adhérences saignent abondamment et l'hémorrhagie est péniblement maîtrisée par compression avec de grosses éponges.

Cependant, on remarque tout à coup l'issue du méconium par le vagin. L'examen du col utérin montre qu'il est dilaté comme une pièce de 5 fr. Un pied est procident.

On pratique l'opération césarienne qui permet d'extraire deux fœtus, une fille morte et un garçon en état d'asphyxie et qui ne peut être ranimé. Extirpation de l'utérus par le procédé de Porro.

En examinant la cavité pelvienne, on constate une assez grande déchirure du colon qu'on réunit au catgut. L'ablation de la tumeur a laissé un grand espace au niveau duquel se produit une abondante hémorrhagie en nappe. Drainage à la Mickulicz.

Suture de la paroi. Pansement compressif.

À la fin de l'opération, la malade a le pouls excessivement petit : une injection de 3/4 de litre de sérum est pratiquée qui remonte la malade.

Le soir de l'opération, T. = 39,4. Pouls 140.

Le lendemain matin, T. = 37, 8. Pouls 108.

L'œdème des jambes et de la vulve disparaît rapidement. La quantité d'urine émise dans le courant de la journée est normale ; on trouve encore quelques traces d'albumine qui disparaissent complètement dans la suite.

Le 3^e jour, le ballonnement du ventre disparaît et la malade va à la selle spontanément. L'état psychique de la malade déjà défectueux devient de plus en plus mauvais.

5 jours après l'opération, enlèvement du Mickulicz. Le soir, T. : 39, P. = 112. Le 7^e jour, T. 39, 5. P. 132. Le 8^e jour, T. 37, 8. P. 112.

Dans la matinée du 8^e jour, collapsus, diarrhée sanguinolente et la mort survient malgré les excitants et les injections de sérum.

L'autopsie montra que la mort était due à une hémorragie énorme provenant d'une ancienne ulcération stomacale, large comme une pièce de 2 fr., située près du pylore, le long de la petite courbure : l'intestin était rempli de sang depuis l'estomac jusqu'au rectum.

Dans la partie droite de l'abdomen, était le siège d'une péritonite localisée, fibrineuse, — Anémie des 2 reins.

L'examen de la tumeur montra qu'il s'agissait d'un épithélioma de l'ovaire, renfermant des cellules analogues aux grandes cellules du corpus luteum, et semblables à celles qu'on trouve dans le corps jaune de l'ovaire droit.

OBSERVATION IX

WAGNER C. *Volumineux sarcome de l'ovaire compliquant la grossesse*
Transact. of the Chicago Gynecological Society 21 novembre 1902.

Analysé in. Am. J. Obst. — New-York. — 1903. — XLVII, p. 227

La malade, âgée de 42 ans, avait été examinée par plusieurs gynécologues et chirurgiens qui semblent avoir porté le diagnostic de grossesse extra-utérine, tandis qu'un autre praticien la traitait par l'ergot, espérant ainsi faire disparaître un myome utérin.

Le Dr Henrotin qui examina la malade avec Wagner, deux jours avant l'opération, fut le seul qui pensa à la possibilité d'un néoplasme de l'ovaire ayant présenté tout à coup une grande tendance à l'envahissement.

Wagner cependant maintenait que l'utérus basculé du côté droit contenait un fœtus avec un placenta situé dans la corne gauche et que l'emploi de l'ergot, produisant un décollement du placenta, avait peut-

être donné naissance à un hématome de la trompe et du voisinage. L'apparition soudaine de la tumeur, et de symptômes comme les vomissements, la pâleur, les brusques et fortes douleurs abdominales, rendaient cette hypothèse encore plus plausible.

La tumeur s'étendait en apparence de la symphyse pubienne au rein gauche. Elle était peu mobile à cause de nombreuses adhérences avec l'intestin et aussi à cause de l'énorme masse exsudée, qui avait transformé l'utérus, la tumeur et le péritoine correspondant, en un tout, supprimant les contours anatomiques des organes.

La femme succomba à une attaque d'éclampsie avec anurie, 8 jours après l'opération.

Les coupes microscopiques, faites par le Dr Herzog et vérifiées par d'autres compétences, ne laissent aucun doute sur la nature de la tumeur qui est bien un sarcome de l'ovaire.

L'auteur fait remarquer que cette observation est un type unique et très intéressant à différents points de vue. D'après la statistique très soignée de Dsirne (portant sur 135 cas et comprenant tous ceux rapportés à la date de sa publication) il n'y a que 2 cas d'opérations pour tumeurs malignes de l'ovaire compliquant la grossesse ou le travail. Le 1^{er}, de Globelin, se rapporte à un cysto-sarcome, et le second de Lée, est un cas extrêmement douteux. A un autre point de vue, l'observation est très intéressante, car les tumeurs malignes sont généralement bilatérales et, par ce fait même, excluent la grossesse.

OBSERVATION X

CARSTENS J. H. — *Opération avec succès, pendant la grossesse d'un fibrome de l'ovaire droit*

Tr. Am. Ass. Obst. et Gynéc. Philadelphie, 1888, II p. 151-167, 1 pl.

Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer cette observation.

OBSERVATIONS INCOMPLÈTES ET MANQUANT D'EXAMEN HISTOLOGIQUE

OBSERVATION XI

SEUTIN. — *Ann. de méd. belge et étrang.* t. III, 1838, p. 202.

La tumeur qui gênait l'accouchement fut ponctionnée sans résultat. Le refoulement et le forceps sont impossibles. On fait l'opération césarienne. Il y avait un rétrécissement du bassin en même temps qu'une tumeur ovarique reconnue cancéreuse à l'autopsie. Le sort de l'enfant n'est pas noté.

OBSERVATION XII

R. LÉE. — *Clinic. Midwif.* p. 96

Cancer de l'ovaire. — Accouchement prématuré. Mort quelques jours après la délivrance.

OBSERVATION XIII

Mme LA CHAPELLE. — *Pratique des accouchements*, t. III, p. 383

Cancer des 2 ovaires. — Vérifié par l'autopsie. Accouchement prématuré au 7^e mois, causé peut-être par un excès d'alcool, allant jusqu'à l'ébriété ?

OBSERVATION XIV

HEWLETT. — *Méd. Chir. Transact. London* 1832, t. XVII, p. 226

Cancer des 2 ovaires. — Accouchement long et pénible.

OBSERVATION XV

HOFFER. — *Graf's and Warther's Journ.*, t. III, p. 422

Cancer des 2 ovaires. — Application de forceps au 4^e jour du travail. Mère et enfant morts.

OBSERVATION XVI

SCHUTZER. — 1769. (in. Puchelt)

Cancer de l'ovaire. — Extraction de l'enfant par les pieds. Enfant mort. La mère mourut de son cancer 2 ans après.

OBSERVATION XVII

MERRIMANN. — *Méd. Chir. Transact.*, t. X

Cancer de l'ovaire. — Grossesse gémellaire; on perfore la tête du premier enfant; le 2^e vient au monde mort, sans intervention. La mère mourut 3 jours après de péritonite.

OBSERVATION XVIII

LÉE. — *Clinical Midwiff*, 1848

Cancer des 2 ovaires. — Craniotomie. Ascite. La mère meurt 4 mois après.

CONCLUSIONS

I. — Nous ignorons complètement le rôle de la grossesse dans le développement des tumeurs solides de l'ovaire.

II. — Les tumeurs solides de l'ovaire coexistant avec la grossesse se révèlent par leurs symptômes propres et par des symptômes de compression organique, et cela, quel que soit leur siège, abdominal ou pelvien.

III. — La grossesse détermine une augmentation du volume des tumeurs solides de l'ovaire, accélère toujours leur marche et accentue en particulier l'évolution des tumeurs malignes.

IV. — Les tumeurs solides de l'ovaire modifient la situation de l'utérus gravide et provoquent, quand elles sont volumineuses, l'accouchement prématuré. Elles paraissent ne pas avoir d'influence sur les présentations.

V. — Elles ont peu d'influence sur le travail quand elles sont abdominales ; elles sont une cause de dystocie grave, quand elles sont pelviennes. Inversement, le travail est susceptible de déterminer des modifications dans les éléments anatomiques de la tumeur.

VI. — Le diagnostic des tumeurs solides ovariennes associées à la grossesse est très difficile. De multiples erreurs sont possibles :

1° la tumeur est prise pour une grossesse ;

2° la tumeur fait méconnaître une grossesse ;

3° la tumeur solide ovarienne est, la plupart du temps, confondue avec des tumeurs utérines, avec les tumeurs liquides

de l'ovaire. Elle doit être différenciée de toutes les tumeurs pelviennes, causes de dystocie ;

4° la tumeur est confondue avec une grossesse extra-utérine morte ou en évolution.

Le diagnostic est rendu encore plus difficile par le travail, que la tumeur soit abdominale ou pelvienne. Dans ce dernier cas, la ponction exploratrice par le vagin est le seul moyen de s'assurer de la nature solide ou liquide de la tumeur.

Le diagnostic de la variété anatomique est impossible.

VII. — Le pronostic pour la mère et pour l'enfant est excessivement grave. La mortalité maternelle globale est de 61,11 %, la mortalité infantile de 70 %. Ces mauvais résultats sont dus à l'insuffisance du diagnostic et à une intervention trop tardive ou faite dans de mauvaises conditions.

VIII. — On doit envisager le traitement à diverses périodes :

1° *au début de la grossesse.* — Pas d'expectative. Pas d'avortement provoqué. *L'opération de choix est l'ovariotomie faite le plus tôt possible, dès que le diagnostic est posé.*

2° *à la fin de la grossesse.*

a. tumeur abdominale. — Lorsqu'il n'y a pas d'accidents, ne pas intervenir et attendre le travail pour agir suivant les circonstances. S'il y a des accidents, ne pas provoquer l'accouchement, mais agir sur la tumeur et faire l'ovariotomie en laissant le fœtus dans l'utérus ou en faisant l'opération césarienne.

b. tumeur pelvienne. — Lorsqu'il n'y a pas d'accidents, ne pas intervenir et attendre le travail. S'il y a des accidents, tenter le refoulement de la tumeur au-dessus du détroit supérieur.

3° *Pendant le travail.*

a. tumeur abdominale. — N'intervenir qu'en cas de lenteur du travail et faire une application de forceps.

b. tumeur pelvienne. — En premier lieu, tenter toujours et dans tous les cas la libération du bassin en refoulant la tumeur. Si la manœuvre réussit, la faire suivre immédiatement d'une version par manœuvres internes.

Si la réduction n'est pas possible et que l'obstruction pelvienne soit peu prononcée, faire la version ou le forceps, sous la condition que ces interventions pourront se faire facilement et sans exiger de manœuvres de force.

Ne pas faire de craniotomie sur l'enfant vivant, car cette opération ne supprime pas complètement les difficultés de l'accouchement et, d'autre part, laisse la malade avec sa tumeur.

L'opération de choix est l'opération césarienne conservatrice suivie de l'ablation de la tumeur, en respectant toujours l'autre ovaire à moins qu'il ne soit manifestement altéré.

Lorsque l'enfant est mort, ou lorsque la femme est fatiguée et infectée, l'opération de Porro est indiquée.

Très exceptionnellement, et seulement en cas de tumeur complètement adhérente, tenter l'hystérectomie abdominale totale.

Vu :

Le Président de la Thèse,

P. BUDIN.

Vu :

Le Doyen,

DEBOVE.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNES R et F. — *Traité d'Obstétrique*. Traduction A. E. Cordes. Paris, 1886.
- BÉRARD. — De l'étranglement des tumeurs pelviennes par torsion de leur pédicule. *Gaz. des Hôpitaux*, 1901, n° 55.
- BISCHOFF Emst. — Ueber complication der Graviditat mit ovarialtumoren. Halle a S. G. Schuster. 1891.
- BORREMANS. — Fibromes de l'ovaire. *Annales de l'Institut Ste-Anne*. t. II, n° 1, 1898.
- BOSSI L. M. — Réflexions sur les tumeurs obstruant le canal pelvien pendant l'accouchement. *Annali di ostetricia e Gynecologia*. Août, 1896.
- BOUILLY. — Pronostic des kystes végétants de l'ovaire. 1897, page 548. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*.
- BROUHA. — Etude des endothéliomes de l'ovaire. *Revue de Gynécologie* de Pozzi. 1900, n° 3, p. 435.
- BRUCKNER. — De l'endothéliome de l'ovaire. *Revue de Gynécologie* de Pozzi, 1901, p. 458-474.
- BUDIN. — Tumeur solide de l'ovaire. *Société Anatomique*, 1875 p. 658.
- BOURGOIN. — Etude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente. *Th. de Paris*, 1894.
- CASTELNAU. — Tumeurs fibreuses de l'ovaire. *Thèse de Montpellier*, 1890.
- CAYLA. — *Th. de Paris*, 1882.
- CAZEAUX. — *Traité d'accouchements*, p. 625.
- CHAILLY. — *Traité d'accouchements*. Paris, 1878, p. 319.
- CHARPENTIER. — *Traité d'accouchements*. Paris, t. II, p. 299.

CHURCHILL. — *Traité des maladies des femmes*, p. 658.

COE-HARRY. — Fibromes et kysto-fibromes de l'ovaire. *Am. J. of obstétric.* 1882, p. 858.

COURTY. — Maladies de l'utérus, t. II, p. 1280.

COHN. — Tumeurs malignes de l'ovaire. *Soc. obst. et Gyn.* de Berlin. Séance du 13 et du 27 nov. 1885.

CORNIL. — Leçons sur les tumeurs solides des ovaires. *Journal des Connaissances Médicales.* Paris, 1893.

COIGNERAI H. — Torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire. *Th.* de Paris 1900.

CULLINGWORTH. — Fibroma of both ovaries. *Lond. Obst. Tr.* XX. p. 276.

Discussion sur la dystocie causée par tumeurs pelviennes de l'ovaire, à la Société obstétricale de Londres, janvier 1898. — *Brit. med. J.* 15 janvier 1898.

DOUMAIRON. — *Th.* de Strasbourg, 1868.

DORAN A. — Tumeurs ovariennes et grossesse. *Lancet* 8 février 1902 et ovariectomie pendant la grossesse. 1 brochure, 1902.

DSIRNE. — L'ovariectomie pendant la grossesse. *Arch. f. Gynak* XLII. 3. 1892.

DARTIGUES. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Revue de gynécologie de Pozzi*, 1899, n° 4, p. 601-645. N° 5, p. 793-848. N° 6, p. 1013-1036.

DUBOIS E. — Contribution à l'étude des sarcomes de l'ovaire. *Thèse* de Paris 1898, n° 483.

DECHAMBRE. — Dictionnaire. Article : Tumeurs de l'ovaire.

EMMET. — Tumeurs bénignes et grossesse. *Medical Record*, mai 1902.

ENGSTROM. — De l'ovariectomie pendant la grossesse. *Ann. de gyn.*, 1890 p. 241.

FUCHS H. — Beitrag zur Complication der Geburt durch ovarialtumoren. Inaug. Dissert. Wurtzburg. 1896.

FLAISCHSLEN N. — Complications de la grossesse et de l'accouchement par tumeurs de l'ovaire. *Zeitschr. f. geb. und. gyn.* XXIX. p. 48-60.

FREUND. — Du traitement des tumeurs malignes de l'ovaire. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.* 1890. Bd. XVII, Hft I, p. 141.

- FREUND. — Du mécanisme normal et anormal des tumeurs ovariennes en voie d'accroissement. *Samulm. Klin. Vortrag.* 1890. N° 361/62. p. 2621.
- FEHLING (H.). — Zur Diagnose und Prognose der Complication von ovarialtumoren mit Schwangerschaft. *Deutsche Aertze Zeitung*, Berlin, 1900, II, p. 497-500.
- FEHLING (H.). — Zur Diagnose und Behandlung der Complication von Eierstocksgeschwülsten mit Schwangerschaft. *Centralblatt, f. Gynak.* Leipzig, 1900, XXIV, p. 1044.
- FEHLING (H.). — Zur Diagnose und Prognose der Complication von ovarialtumoren mit Schwangerschaft. *Med. Chir. Centralblatt.* Wien, 1901, XXXVI, p. 1-4.
- FEHLING (H.). — Ueber Diagnose und Behandlung der Complication von Schwangerschaft und Ovarialsarkom. *Vhlg. d. Gesellch. deutsch. Natur. u. Aertzte*, 72 vers. 1900. Leipzig.
- GASCHEAU. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Th. de Paris*, 1903.
- GROUZDEFF. — Sur le diagnostic des tumeurs de l'ovaire. *Wratch*, 98, n° 43.
- GARDIEN. — Traité d'accouchements, t. I, p. 459.
- GORDON (L.). — Ovariectomie et grossesse. *Th. de St-Petersbourg*, 1894.
- HOHL. — Traitement des tumeurs de l'ovaire pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. *Arch. f. Gynak.*, III, 2, p. 410.
- HERGOTT (Alph.). — Accouchement et kyste de l'ovaire. *Ann. de Gyn.* 1886, p. 410.
- HELLER. — L'ovariectomie au cours de la grossesse. *Lancet.*, 21 décembre 1901.
- HEIM. — Ueber solide ovarialtumoren. (*Dissert. inaug. Erlangen* 1894.)
- KELLER. — Les tumeurs de l'ovaire et l'obstétrique. *Th. de Paris*, 1871.
- KERSON (Mc.). — Pregnancy and labour complicated by ovarian tumours. *Lancet.*, 1901, I, p. 737.
- KRAMER. — Contribution à l'étude du tératome de l'ovaire. *Ann. de Gyn.*, 1890, p. 57.
- LIMMEL. — Contribution à l'étude anatomique des tumeurs de l'ovaire. *Rev. de gyn. de Pozzi*. N° 4, 1901, p. 669.

- LARNAUDIE. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Th.* de Montpellier 1891.
- LOMER. — Tumeurs de l'ovaire considérées comme complication de l'accouchement. *Arch. f. Gynak.* 1882. Bd. XIX. Hft. 2 p. 301-320.
- LÉOPOLD GERHARD. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Arch. f. gyn. t. VI.* fasc. 2.
- LALLEMAND. — Fibromes de l'ovaire. *Th.* de Paris. 1896.
- LAMBILLIOTTE. Tumeurs solides de l'ovaire. *Th.* de Lille 1894.
- LADOUCE. — Sarcome de l'ovaire. *Th.* de Paris 1890.
- LAWSON-TAIT. — Traité des maladies des ovaires. Traduction Ad. Olivier, Paris 1886.
- LÆWY ET GUÉNIOT. — Etude sur les kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Rev. de gyn. de Pozzi.* 1902. p. 247.
- MATTHEW MANN. — Tumeurs solides de l'utérus et des ovaires. *Am. J. of. obst.* mais 1887.
- MALASSEZ et de SINÉTY. — Kystes de l'ovaire. *Arch. de physiolog.* 1881. p. 249.
- MARQUÉZY. — Difficultés du diagnostic des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus pendant le travail. *Th.* de Paris. 1891.
- MUNCHMEYER. — *Centralblatt.* F. gyn. 1890, p. 186.
- MARX. — Tumeurs malignes et grossesse. *Médical Record.* Mai 1902.
- NIEBERGALL. — La complication des tumeurs de l'ovaire par la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral. *Correspondenz. Blatt. f. Schweizer. Aertze.* 1900, n° 15, p. 478.
- ORBAUT. — L'influence des tumeurs des ovaires sur la grossesse, le travail et la période puerpérale et leur traitement. *Journal d'obstétrique et de gynécologie.* Mai 1894.
- OLSHAUSEN. — *Krankheiten der ovarien.* 1886.
- ORGLER. — Pronostic et indications de l'ovariotomie pendant la grossesse. *Arch. f. gyn.* 1901. Bd. LXV. H. I. p. 126.
- PICQUÉ. — Tumeurs solides de l'ovaire. *Semaine gyn.* 1896, p. 129.
- PUECH. — Kyste dermoïde et grossesse. *Gaz. des hôp.* 17 déc. 1901.
- PURCKHAUER. — Beitrage zur Komplikation der Graviditat durch ovarialtumoren. Inaug. Dissert. Wurtzburg. 1901.

- PÉAN. — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin 1886, t. II.
- PORAK. — Kystes hydatiques du bassin. *Gaz. hebdomadaire*, 1884.
- RÜBESKA. — Beitrag zur komplikation der Schwangerschaft und Geburt mit ovarialgeschwülsten. *Monatschr. f. Geb. und gyn.* Berlin, 1895. II. p. 484-494.
- ROKITANSKY. — Lehrb. der. Path. Anat. 3^e édit., t. III.
- ROSEN RICHARD. — Zur complication der Schwangerschaft und Geburt durch ovarialtumoren. Berlin. G. Schade 1895. 8°. 31. S.
- ROSNER A. — Grossesse compliquée de tumeurs de l'ovaire. *Przegl. Lek. Nn.* p. 26-33. 1894 et *Przegl. chirurgie*, t. II. zeszyt. III. 1895.
- ROBSON MAYO. — Quelques rapports de la grossesse et de la chirurgie. *Brit. med. J.* 11 av. 1896.
- ROUTIER. — Fibromes de l'ovaire. *La gynécologie*, déc. 1901.
- RÉMY. — Grossesse compliquée de kyste ovarique. *Th. d'agrégation*. 1886. — Paris.
- STANDER A. — Sur le sarcome de l'ovaire. *Zeitsch. f. Gebur. und gyn.* t. XLVII, fasc. 3.
- SEEGER. — Ueber solide tumoren der ovarien. Munchen, 1888.
- STROHEKER. — Fibromes du ligament large. *Th. de Paris*, 1902.
- STAUDE C. — Zur complication von Schwangerschaft und Geburt durch ovarialtumoren. *Monatsch. f. Geb. in. gyn.* Berlin. II. p. 257-263.
- DE SINETY. — *Manuel pratique de gynécologie*, t. II, 1879, p. 612.
- SAKS J. — *Gaz. lekarska*. 26 sept. 1903.
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme. 1886, p. 448.
- SEGOND. — Articles tumeurs solides de l'ovaire *Traité de Chirurgie Duplay-Reclus*, tome VIII, p. 616.
- TESTÉ. — Fibromes de l'ovaire. *Th. de Bordeaux*, 1900.
- TOURMENTE. — *Th. de Paris*, 1883.
- TREILLE. — Tumeurs de l'ovaire dans leurs rapports avec l'obstétrique. *Th. de Paris*, 1873.
- VELPEAU. — *Traité d'accouchements*. T. II, p. 652.

WEISS (o von). — Ueber di Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit ovarialtumoren. Beitre. z. Chir, Fetschr. Theodor Billroth: Stuttgard. 1892, p. 235-249.

SPENCER-WELLS. — Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus. Trad. P. Rodet.

WERNICH. — Beitrage zur Geburtshulfe und Gyn. T. II. fasc. II, 1874.

ZIEMBIKI. — Etude clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire. Th. de Paris, 1875.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	
CHAPITRE I.	
A. <i>Etiologie</i>	12
B. <i>Anatomie pathologique</i>	13
1° Fibrome	13
2° Sarcome	15
3° Cancer non végétant	16
4° Endothéliome	16
5° Ascite	17
6° Adhérences	18
7° Pédicule	19
8° Situation des tumeurs ovariennes	19
CHAPITRE II.	
SYMPTOMATOLOGIE	21
I. <i>Grossesse avec tumeur solide ovarienne à siège pelvien</i>	22
II. <i>Grossesse avec tumeur solide ovarienne à siège abdominal</i>	26
1 ^{er} cas : il n'y a pas d'ascite	27
2 ^e cas : il y a de l'ascite	29
CHAPITRE III.	
A. <i>Influence de la grossesse sur les tumeurs solides de l'ovaire</i>	34
B. <i>Influence de la tumeur sur la grossesse</i>	40
1° Accidents de compression	40
2° Modifications dans la situation de l'utérus	41
3° Interruption de la grossesse	41
4° Influence sur les présentations	42
C. <i>Influence de la tumeur sur le travail</i>	42
D. <i>Influence du travail sur la tumeur</i>	43
E. <i>Influence de la tumeur sur la délivrance</i>	43
F. <i>Que deviennent les tumeurs après l'accouchement ?</i>	43

CHAPITRE IV.

DIAGNOSTIC.

A. <i>La tumeur ovarienne est prise pour une grossesse</i>	46
I. L'abdomen contient une tumeur solide volumineuse sans ascite	47
II. L'abdomen contient une tumeur solide volumineuse ballottant dans du liquide ascitique	52
B. <i>La tumeur ovarienne fait méconnaître la grossesse</i>	54
C. <i>Il y a coexistence de grossesse et de tumeur ovarienne</i>	55
I. <i>Diagnostic pendant la grossesse</i>	
1° La tumeur est abdominale	56
2° La tumeur est pelvienne	61
D. <i>La tumeur ovarienne est prise pour une grossesse extra-utérine</i>	70
Nature de la tumeur solide	76
La tumeur est-elle mobile ou adhérente	78
Quel est l'ovaire aux dépens duquel la tumeur s'est développée ?	79
II. <i>Diagnostic pendant le travail</i>	80
III. <i>Diagnostic après l'accouchement</i>	85

CHAPITRE V.

TRAITEMENT

I. <i>Traitement pendant les cinq premiers mois</i>	86
Expectative	87
Avortement provoqué	89
Ovariectomie pendant la grossesse	91
A quel moment de la grossesse faut-il opérer ?	96
Comment faut-il opérer ?	97
II. <i>Traitement pendant la deuxième moitié de la grossesse</i>	100
1° <i>La tumeur est abdominale</i>	100
Accouchement prématuré provoqué	101
Ovariectomie à la dernière période de la grossesse	102
Ponction de l'ascite pendant la grossesse	104
2° <i>La tumeur est pelvienne</i>	105
Réduction manuelle	106
Tamponnement vaginal	106
Position inclinée	107
III. <i>Traitement pendant le travail</i>	
1° <i>Tumeurs abdominales</i>	107

2° <i>Tumeurs pelviennes.</i>	
a) Rétropulsion de la tumeur	108
b) Irréductibilité de la tumeur.	110
A. Obstacle incomplet. Accouchement possible.	112
Forceps et version.	113
B. Obstacle complet. Accouchement impossible.	115
Craniotomie	115
Opération césarienne conservatrice suivie de l'ablation de la tumeur.	116
Opération de Porro	118
Hystérectomie abdominale totale.	119
IV. <i>Traitement après la délivrance</i>	121
CHAPITRE VI.	
PRONOSTIC.	122
OBSERVATIONS	123
CONCLUSIONS.	150
BIBLIOGRAPHIE	153

